

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA
PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DEL
MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES
EN EL ÁMBITO FAMILIAR**

TESIS DOCTORAL

AUTOR: GEMA PÉREZ ROJO
DIRECTORES: MARÍA IZAL FERNÁNDEZ DE TROCÓNIZ
IGNACIO MONTORIO CERRATO

MADRID 2008

“El respeto vale más que la comida
y la bebida” (Voces Ausentes, 2002)

A Jesús y Julia, aunque ya no estéis aquí,
siempre os tengo presentes.

Gracias:

A los directores de esta tesis, María Izal e Ignacio Montorio. Por ofrecerme la oportunidad de trabajar con ellos y formar parte del equipo de investigación. Por su confianza, compromiso, inestimable ayuda, sus consejos y recomendaciones que han hecho posible la realización de esta tesis.

A Mayte Sancho Castiello. Por su apoyo constante, por las sugerencias realizadas, que han contribuido al desarrollo de esta tesis.

Al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), en especial a Pilar Regato y al Instituto Gerontológico Matia (INGEMA) especialmente a Patxi Leturia. Por haber facilitado el acceso a las personas mayores y los profesionales que han participado a lo largo de este estudio.

A Roberto Nuevo y a Miguel Ruiz. Por el apoyo, y la colaboración brindada durante la realización de este trabajo, especialmente en la última fase.

A todos los profesionales que han participado en la recogida de datos. Especialmente a Alicia, Miriam Gómez, Miriam, Nieves, Olatz, Sandra y Vera, por su cooperación desinteresada. Y, por supuesto, a todas las personas mayores que han participado en la investigación.

A Antonio Moya y a Francisco Sánchez del Corral. Por el ánimo y cariño ofrecido desde siempre.

A mis compañeras del equipo de investigación, Isabel y María. Y, también a Andrés al que sigo considerando compañero aunque actualmente trabaje en otra universidad. Gracias por vuestro ánimo y cariño.

A Sergio. Por el apoyo ofrecido desde hace muchos años. Por su paciencia y comprensión, por compartir conmigo tanto los momentos buenos como los no tan buenos. Gracias por compartir la vida conmigo.

A mis padres, María Jesús y Fernando, mi hermana, Alicia y mi cuñado, Óscar. Por su cariño y apoyo incondicional sin medida a lo largo de mi vida. Por los valores en los que me educaron mis padres dónde la perseverancia y el esfuerzo son básicos para lograr los objetivos propuestos.

A mi sobrina, Aitana, aunque su reciente llegada a la vida no le haya permitido contribuir mucho en este trabajo. Seguro que en el futuro podrás leerlo.

A mis suegros, Ángel y Belén, y mi cuñado, Iván. Por su apoyo, colaboración y cariño desinteresado. Por acompañarme en los momentos importantes.

A mi abuela, Maura, y mis tíos, en especial a Pili. Por el apoyo, el cariño y la comprensión proporcionados desde la distancia. Siempre os tengo presentes.

A mis amigos, Vero y David. Por la confianza puesta en mí. Por los momentos compartidos, por apoyarme y escucharme siempre que lo he necesitado. Gracias por formar parte de mi vida.

A Maffy, Silvestre, Yago y Mody. Por su cariño incondicional y porque siempre consiguen hacerme sonreír, incluso en los peores momentos.

A todas aquellas personas que, a lo largo de mi labor investigadora, me han ayudado y apoyado. Aquellos sin cuyo ánimo, la finalización de esta tesis no hubiese sido posible.

Gracias a todos.

ÍNDICE

Índice de tablas

Índice de gráficos

	Pag.
PARTE TEÓRICA CONCEPTUAL	
Presentación	1
1 El maltrato hacia las personas mayores	7
1.1 Definición del maltrato hacia las personas mayores	9
1.1.1 Problemas en la definición del maltrato hacia las personas mayores	10
1.1.2 Hacia una definición de maltrato a las personas mayores	11
1.1.3 Criterios para una definición de maltrato	13
1.2 Tipología del maltrato hacia las personas mayores	16
1.2.1 Maltrato físico	17
1.2.2 Abuso sexual	18
1.2.3 Negligencia	18
1.2.4 Maltrato psicológico	20
1.2.5 Abandono	20
1.2.6 Violación de los derechos básicos	21
1.2.7 Abuso económico	21
1.2.8 Otras formas de maltrato	22
1.3 Diferenciación entre el maltrato a personas mayores y el maltrato a otras poblaciones	24
1.3.1 Semejanzas y diferencias entre el maltrato hacia personas mayores y el maltrato infantil	26
1.3.2 Semejanzas y diferencias entre el maltrato hacia personas mayores y el maltrato hacia la pareja	29
1.4 Modelos explicativos del maltrato hacia las personas mayores	30
1.4.1 El modelo situacional	31
1.4.2 El modelo patológico	32
1.4.3 Teoría del intercambio social	32
1.4.4 Teoría de la dependencia	34
1.4.5 Teoría del interaccionismo simbólico	34
1.4.6 Perspectivas teóricas de la economía crítica y la economía política del envejecimiento	35
1.4.7 Teoría de las demandas excesivas o del estrés interno	36
1.4.8 Transmisión intergeneracional de la violencia	37
1.4.9 Modelo ecológico	38

2	Factores de riesgo y consecuencias del maltrato hacia las personas mayores	43
2.1	Factores de riesgo asociados al maltrato a mayores	45
2.1.1	Factores de riesgo presentes en la persona mayor	46
2.1.2	Factores de riesgo presentes en el responsable del maltrato	52
2.1.3	Factores de riesgo presentes en el contexto de la situación	57
2.2	Consecuencias del maltrato hacia las personas mayores	60
3	Detección y evaluación del maltrato hacia las personas mayores	63
3.1	Dificultades generales en la detección de maltrato	65
3.2	Barreras para informar del maltrato	66
3.2.1	Barreras presentes en la persona mayor	66
3.2.2	Barreras relativas a los responsables del maltrato	67
3.2.3	Barreras relativas a familiares, amigos y vecinos	68
3.2.4	Barreras socioculturales	68
3.2.5	Barreras relativas a los profesionales (del ámbito sanitario, servicios sociales, banqueros, etc.)	69
3.2.6	Barreras estructurales	70
3.3	Conductas de la persona mayor y del responsable del maltrato como indicadores de posible maltrato y/o negligencia	70
3.4	Detección del maltrato en el ámbito sanitario	72
3.4.1	Instrumentos para la evaluación del maltrato hacia las personas mayores	73
3.4.2	El Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores	78
3.5	Evaluación del maltrato hacia las personas mayores	85
4	Prevalencia del maltrato hacia las personas mayores	93
4.1	Prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en el ámbito doméstico	94
4.2	Prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en el ámbito institucional	103

ESTUDIO EMPÍRICO

1	Objetivos del proyecto	113
1.1	Objetivos generales	113
1.2	Objetivos específicos	113
2	Método	114
2.1	Participantes	114

2.2	Variables e instrumentos	114
2.2.1	Variables sociodemográficas	114
2.2.2	Estado cognitivo	115
2.2.3	Sospecha de maltrato	115
2.3	Diseño y procedimiento	117
2.4	Análisis de datos	119
3	Resultados	120
3.1	Descripción de la muestra	120
3.2	Validación y adaptación del Índice de Sospecha de Maltrato a Personas Mayores (EASI)	122
3.2.1	Adaptación lingüística del EASI	122
3.2.2	Validación del EASI	124
3.2.3	Concordancia entre diferentes criterios de sospecha de maltrato	133
3.3	Prevalencia de sospecha de maltrato	147
3.4	Factores asociados a la sospecha de maltrato	157
3.5	Índices de riesgo	168
4	Discusión	176
5	Limitaciones del estudio	197
6	Conclusiones	198
7	Referencias	202

ANEXOS

1	Consentimiento informado	223
2	Definición y tipos de maltrato a personas mayores	227
3	Instrucciones para la aplicación correcta del cuestionario	231
4	Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI)	237
5	Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS)	249
6	Conclusiones más relevantes de los grupos de discusión realizados con personas mayores y médicos de Atención Primaria	283

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1 Índice de Sospecha de Maltrato hacia la Persona Mayor (Elder Abuse Suspicion Index, EASI)	117
Tabla 2 Autovalores y porcentajes de varianza explicada por los factores que componen el EASI	125
Tabla 3 Matriz de correlaciones entre los diferentes ítems pertenecientes al EASI	126
Tabla 4 Matriz de configuración de los factores que componen el EASI	126
Tabla 5 Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI). Estadísticos de consistencia total-elemento	128
Tabla 6 Concordancia entre el juicio de sospecha en las dos fases de evaluación	129
Tabla 7 Comparación de las curvas COR en función del ámbito de aplicación	131
Tabla 8 Concordancias entre diferentes criterios de sospecha de maltrato	133
Tabla 9 Concordancia entre la información extraída del EASI declarada por la persona mayor y el juicio del profesional por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)	136
Tabla 10 Concordancia entre el juicio de sospecha de maltrato en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)	139
Tabla 11 Concordancia entre el juicio de sospecha de maltrato psicológico en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)	141
Tabla 12 Concordancia entre el juicio de sospecha de maltrato económico en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)	143
Tabla 13 Concordancia entre el juicio de sospecha de negligencia en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)	145

Tabla 14	Concordancia entre el juicio de sospecha de maltrato físico y sexual en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)	147
Tabla 15	Prevalencia de sospecha de maltrato para la muestra total	148
Tabla 16	Prevalencia de tipos de maltrato de forma simultánea	149
Tabla 17	Porcentaje sospecha de maltrato por sexo	150
Tabla 18	Prevalencia sospecha de maltrato por provincia	151
Tabla 19	Prevalencia sospecha de maltrato por tipo y provincia	152
Tabla 20	Prevalencia sospecha de maltrato por tipo de centro	152
Tabla 21	Prevalencia sospecha de maltrato por tipo de maltrato y de centro	153
Tabla 22	Autopercepción del maltrato en la muestra general tras la aplicación del FETS	154
Tabla 23	Percepción del maltrato en función del ámbito donde se recoja la información (Atención Primaria y Servicios Sociales)	156
Tabla 24	Percepción del sospecha de maltrato por parte del profesional una vez que la persona mayor se autopercibe como maltratada	157
Tabla 25	Relación entre sospecha de maltrato y sexo de la persona mayor	159
Tabla 26	Relación entre sospecha de maltrato y conflictos familiares	160

Tabla 27	Relación entre sospecha de maltrato y enfermedad física en la pareja	161
Tabla 28	Relación entre sospecha de maltrato y abuso de sustancias en la pareja	162
Tabla 29	Relación entre sospecha de maltrato y problemas cognitivos en la pareja	163
Tabla 30	Relación entre sospecha de maltrato y problemas de convivencia	164
Tabla 31	Relación entre sospecha de maltrato y la salud percibida por la persona mayor	165
Tabla 32	Relación entre sospecha de maltrato y sentimientos de tristeza en la persona mayor	165
Tabla 33	Relación entre sospecha de maltrato y si han existido problemas de relación anteriores a recibir cuidados	166
Tabla 34	Relación entre sospecha de maltrato y aislamiento	167
Tabla 35	Relación entre sospecha de maltrato y situación económica	168
Tabla 36	Estimación de riesgo de la variable sexo	169
Tabla 37	Estimación de riesgo de la variable conflictos familiares	170
Tabla 38	Estimación de riesgo de la variable enfermedad física de la pareja de la persona mayor	170

Tabla 39	Estimación de riesgo de la variable abuso de sustancias en la pareja de la persona mayor	171
Tabla 40	Estimación de riesgo de la variable presencia de trastornos cognitivos en la pareja de la persona mayor	171
Tabla 41	Estimación de riesgo de la variable problemas de convivencia	172
Tabla 42	Estimación de riesgo de la variable salud percibida por la persona mayor	173
Tabla 43	Estimación de riesgo de la variable tristeza	173
Tabla 44	Estimación de riesgo de la variable calidad de la relación	174
Tabla 45	Estimación de riesgo de la variable aislamiento	174
Tabla 46	Estimación de riesgo de la variable situación económica	175
Tabla 47	Índices de riesgo	175

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Representación espacial de los diferentes tipos de maltrato según los factores del EASI	127
Gráfico 2 Curva COR para la muestra total	130
Gráfico 3 Curva COR para muestra de Atención Primaria	132
Gráfico 4 Curva COR para muestra de Servicios Sociales	133
Gráfico 5 Prevalencia de sospecha de maltrato informada por el profesional en la segunda fase	148
Gráfico 6 Frecuencia simultánea de los diferentes tipos de maltrato	149
Gráfico 7 Responsable del maltrato	150
Gráfico 8 Porcentaje de prevalencia global en cada provincia	151

Presentación

Aunque el maltrato hacia las personas mayores no es un fenómeno nuevo, ha conseguido captar el interés de nuestra sociedad y, específicamente, de los profesionales de las ciencias sociales y de la salud recientemente, revelándose como un grave problema social. En España, como viene ocurriendo en otros países, el interés por el maltrato a los mayores ha sido posterior al interés por otros tipos de maltrato como el infantil y el maltrato hacia la pareja. Este aumento del interés es debido a la constatación de que el maltrato hacia las personas mayores continúa siendo un fenómeno oculto. Se informan y se detectan muy pocos casos, con graves consecuencias a corto, medio y largo plazo para la salud y el bienestar de las personas mayores que lo sufren. El creciente interés por el tema también se asocia al progresivo y rápido aumento del número de personas mayores, en especial del grupo de personas de 85 años o más (Fulmer, Street y Carr, 1984; Ansello, 1996; Choi y Mayer, 2000) que puede influir en el aumento del porcentaje de personas mayores maltratadas. En este grupo de población es muy probable que, en algún momento y, en mayor o menor grado, aparezca la dependencia, necesitando la ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida diaria. Esta situación puede crear estrés en el cuidador y, a su vez, favorecer el maltrato o negligencia (Fulmer, Street y Carr, 1984).

A medida que el maltrato a mayores ha ido cobrando importancia como problema social, ha ido produciéndose un aumento de la sensibilización tanto por parte de la sociedad en general como de los profesionales. Prueba de esta sensibilización es la referencia a la población mayor en la Ley Orgánica Integral contra la Violencia de Género (BOE n. 313 de 29/12/2004) o la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia aprobada por el Congreso de los Diputados el 30 de Noviembre de 2006 (BOE n. 229 de 15/12/2006), el desarrollo de guías y de protocolos de actuación para profesionales y la colaboración de España con organismos internacionales como la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a Mayores (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos hechos

reflejan un aumento de la sensibilización por parte de la sociedad hacia el fenómeno del maltrato hacia las personas mayores.

Respecto a la colaboración de España con organismos internacionales, en el año 2004, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), España, representada por el IMSERSO y subsidiariamente por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), fue invitada a participar en el proyecto *“Respuesta Global al Maltrato hacia las Personas Mayores, incluyendo la Negligencia: Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial”*. El proyecto perseguía realizar la validación, a nivel internacional, de un instrumento diseñado para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. Éste fue elaborado por un grupo de investigación canadiense formado por Mark Yaffé (McGill University y St. Mary’s Hospital Centre), Maxine Lithwick (Centro de Salud y Servicios Sociales de René-Cassin) y Christina Wolfson (McGill University y Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital de Montreal). La participación de España en el proyecto supuso su incorporación a una red transnacional coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Universidad de Ginebra al objeto de:

- Validar a nivel internacional un instrumento para la detección de maltrato hacia las personas mayores, con el fin de homogeneizar los procedimientos de evaluación de maltrato a mayores, mediante la utilización de una metodología compartida.
- Valorar la viabilidad de un instrumento dirigido a la detección de diferentes formas de maltrato, incluyendo la negligencia, el maltrato físico y sexual, psicológico y económico.

El instrumento utilizado para la detección de la sospecha de maltrato fue el *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores* (Elder Abuse Suspicion Index, EASI; Yaffé, Wolfson, Lithwick y Weiss, en prensa) (ver Anexo 4). El EASI es un instrumento desarrollado y probado, por el grupo de investigación mencionado anteriormente, en el ámbito de la Atención Primaria.

Está compuesto por un número limitado de preguntas breves y directas dirigidas a personas mayores sin deterioro cognitivo que se realizan en el transcurso de cualquier encuentro persona mayor-médico en la consulta y que el médico formula en un lenguaje accesible. El EASI se diseñó para valorar la sospecha de la existencia de maltrato y no para “detectar casos”. Además, su aplicación perseguía ayudar a los médicos de Atención Primaria a familiarizarse con el maltrato a personas mayores. Aunque el EASI no puede garantizar la detección de casos confirmados de maltrato a personas mayores, su aplicación ya indica que el médico es consciente del problema y, por tanto, puede derivar posibles casos a los servicios sociales y comunitarios.

Para la validación del EASI, se compararon sus resultados con el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (*Social Work Evaluation Form*, FETS) desarrollado también por el grupo de investigación canadiense (ver Anexo 5). El FETS es una entrevista estandarizada, aplicada por trabajadores sociales, para evaluar en mayor profundidad a personas mayores en riesgo de sufrir maltrato. Incluye variables bio-psico-sociales como la edad, historia social, eventos vitales, dinámica familiar, salud física y mental de la persona mayor y otras personas significativas para ella, actividades de la vida diaria (AVDs) básicas e instrumentales, actividades sociales y nivel económico. También incluye preguntas específicas sobre maltrato físico, sexual, psicológico, negligencia y abuso económico. Además, incluye una valoración observacional de la apariencia de la persona mayor y del entorno en el que vive. Finalmente, el evaluador emite un juicio tras la aplicación del cuestionario señalando si existe o no sospecha de maltrato (Yaffé et al., en prensa) y además, señala hasta qué punto se siente seguro de su evaluación. El FETS consta de 67 preguntas, siendo la pregunta 59 (¿Cree que este paciente está siendo maltratado? “sí”, “no”, “no lo sé”) la considerada como variable criterial para comparar y validar los resultados del EASI. Durante las tres semanas siguientes a la aplicación del EASI por parte de los médicos, los trabajadores sociales aplicaron el FETS a las mismas personas. La entrevista se realizó en el domicilio de la persona mayor o en un lugar con garantía de confidencialidad para hablar, acordado por ambas partes. Como resultado de los análisis de

validación del EASI se encontró un índice de sensibilidad de 0,47 y un índice de especificidad de 0,75 (Yaffé et al., en prensa).

Como paso previo a la aplicación del EASI en el resto de los países participantes en el proyecto (Australia, Brasil, Chile, Costa Rica, España, Kenia, Singapur y Suiza) se decidió realizar un análisis cualitativo del mismo con el objetivo de analizar la adecuación lingüística y cultural tanto del EASI como del FETS en cada país (IMSERSO, 2007). Para la realización de este análisis cualitativo en España, se utilizó la técnica de grupos focales, con dos objetivos diferentes:

1. Por un lado, con el fin de conocer la apreciación, valoración y posibles sugerencias sobre el EASI, se desarrollaron grupos focales con personas mayores y médicos de Atención Primaria. Respecto a las personas mayores se organizaron 3 grupos de discusión, uno configurado exclusivamente por hombres, otro exclusivamente por mujeres y otro mixto y fueron llevados a cabo en Badajoz, Ávila y Madrid respectivamente. Con médicos de Atención Primaria se realizaron 4 grupos de discusión en Madrid, Málaga, Badajoz y Vilanova i la Geltrú. En el caso de los médicos de Atención Primaria, éstos participaban en la dinámica de grupo tras la aplicación del EASI a 15-20 pacientes de 65 años o más sin deterioro cognitivo. El propósito de los debates fue conocer la opinión de los participantes respecto a cada uno de los ítems del EASI. Concretamente, los participantes respondían a las siguientes preguntas para cada uno de los ítems del EASI:
 - ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
 - ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
 - ¿La pregunta es redundante?
 - ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?

- ¿Es muy larga la formulación?, ¿Cómo podría expresarse de otra manera?
2. Por otro lado, con la intención de conocer las percepciones y puntos de vista respecto a la aplicabilidad del Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS) en nuestro país, se desarrolló un grupo de discusión en el que participaron trabajadores sociales. En primer lugar, se les solicitaba información general sobre el conocimiento que tenían del maltrato hacia las personas mayores como, por ejemplo, cómo lo definirían, qué tipos de maltrato creían que afectaban a este grupo de población, cuál o cuáles podían ser sus causas, qué síntomas podían ser indicativos del maltrato, qué variables podían actuar como factores de riesgo asociadas al maltrato y qué prevalencia creían que existía del maltrato hacia las personas mayores. En segundo lugar, se les hacían preguntas más específicas, referentes a la situación en la que se encuentra la formación y/o trabajo sobre el maltrato hacia las personas mayores y sobre el propio FETS. Finalmente, también se incluían preguntas para indagar sobre posibles soluciones, intervenciones y desafíos presentes en el maltrato dirigido a este grupo de población.

Tras conocer los resultados de los grupos de discusión se efectuaron las modificaciones pertinentes a ambos instrumentos para su aplicación en muestra española.

Los objetivos de esta tesis son, en primer lugar, la adaptación y validación del EASI. En segundo lugar, estimar la prevalencia de sospecha de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores sin deterioro cognitivo en el ámbito comunitario. En tercer lugar, establecer perfiles diferenciados de personas con y sin sospecha de maltrato, que permitan identificar posibles factores de riesgo y, en cuarto lugar, conocer los índices de riesgo de cada uno de los factores diferenciales.

La parte teórica de este trabajo se divide en cuatro capítulos. El primero hace referencia a aspectos generales del maltrato hacia las personas mayores, incluyendo el concepto, la tipología del maltrato en esta población, la diferenciación entre maltrato a mayores y el maltrato a otras poblaciones y la descripción de los diferentes modelos explicativos del maltrato hacia las personas mayores. El segundo capítulo describe los diferentes factores de riesgo asociados a este tipo de maltrato y sus consecuencias más relevantes. El tercer capítulo versa sobre la detección y evaluación del maltrato hacia los mayores. En este capítulo se hace referencia a las dificultades generales para la detección y la evaluación y las barreras que pueden dificultarlas. También se realiza una revisión sobre los instrumentos desarrollados para la detección. Finalmente, el cuarto capítulo hace referencia a la prevalencia de maltrato hacia las personas mayores tanto en el ámbito doméstico como en el institucional.

Por su parte el estudio empírico está estructurado en cuatro partes: objetivos, método, resultados, discusión y conclusiones. En el apartado de objetivos, se describen los objetivos generales y específicos propuestos para la realización de la presente tesis. En el apartado destinado a método, se especifican las características de la muestra participante en el trabajo así como las variables analizadas y los instrumentos utilizados para la detección de sospecha de maltrato. En el apartado de resultados se muestran los análisis efectuados para la consecución de los objetivos señalados. En el apartado de discusión y conclusiones se analizan los resultados obtenidos comparándolos con la literatura existente

CAPÍTULO 1

EL MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

1.1. Definición de maltrato hacia las personas mayores

Existen varias limitaciones en relación con la investigación del maltrato hacia las personas mayores, muchas de las cuales afectan a su definición. Así, se han utilizado diferentes criterios para determinar la población de personas mayores con riesgo de ser maltratadas de manera que, en algunos estudios se han incluido personas de edades inferiores a 60 años, mientras en otros se ha incluido sólo a personas de 60 o 65 años en adelante. En algunos estudios se han incluido grupos específicos como, por ejemplo, cuidadores de personas mayores, personas mayores frágiles, personas que comparten vivienda, etc., mientras en otros se ha incluido a personas pertenecientes a todas las categorías. Muy pocos de los estudios realizados con el objetivo de conocer qué factores de riesgo están asociados al maltrato a mayores han incluido grupos de control, por ello, la generalización de sus resultados hay que tomarla con mucha cautela. La utilización de diferentes metodologías para la realización de los estudios, incluyendo estudios con muestras aleatorias, entrevistas con las personas mayores en el ámbito sanitario o cuidadores en programas de apoyo y revisión de informes recogidos por agencias, hace muy difícil la comparación de los resultados obtenidos. Una carencia importante, es que, a excepción de un estudio realizado por Lachs, Berkman, Fulmer y Horwitz (1994), no existen estudios prospectivos respecto al maltrato hacia las personas mayores. Como señalan Lachs et al. (1994) la investigación retrospectiva incluye posibles sesgos, como el recuerdo o información sesgada, o que la persona que responde presente deterioro cognitivo, no recuerde o no proporcione información válida sobre la situación de maltrato.

Además de las anteriores limitaciones, el maltrato hacia las personas mayores carece de una definición universalmente aceptada, lo que constituye un problema fundamental en este campo de investigación, como se verá a continuación.

1.1.1. Problemas en la definición del maltrato hacia las personas mayores

El maltrato hacia la persona mayor ha recibido distintas denominaciones, como “granny battering” (Baker, 1975), “granny bashing” (Burston, 1975), “inadequate care of the elderly” (Fulmer y O’Malley, 1987) o “elder mistreatment” hasta llegar al actualmente consensuado “elder abuse” o “maltrato a mayores”. Entre las diferentes razones que pueden explicar esta situación destacan, en primer lugar, los diferentes valores, actitudes y creencias individuales o, de un grupo de personas, cuando definen el maltrato a personas mayores (Pérez, 2004(a); Papadopoulos, y La Fontaine, 2000). En segundo lugar, el concepto de maltrato ha sido desarrollado desde una perspectiva profesional, sin considerar la percepción de las personas mayores (Pérez, 2004(a); Papadopoulos, y La Fontaine, 2000). En tercer lugar, existe una falta de voluntad, por parte de la sociedad, las instituciones y los profesionales, respecto a reconocer la relevancia del maltrato a mayores como problema social. En cuarto lugar, se podría destacar la falta de discusión y cooperación entre los diferentes organismos o instituciones en las que trabajan profesionales sanitarios y sociales que a su vez trabajan con personas mayores. Finalmente, son diferentes las perspectivas con que la investigación se ha aproximado a este tema: desde la víctima, la persona cuidadora, el profesional (médico, enfermera, trabajador social), instituciones, etc. (Glendenning, 1993).

En definitiva, se han desarrollado numerosas definiciones utilizadas para propósitos muy diferentes, creando, al mismo tiempo, barreras a la hora de conseguir un entendimiento común. Además, los términos de “maltrato” y “negligencia” han sido intercambiados en los diferentes estudios, causando a menudo confusión y dando como resultado, una falta de validez en las comparaciones que se han hecho en las investigaciones publicadas respecto al tema. Además, esta falta de consenso ha provocado que los profesionales tengan problemas para identificar el maltrato cuando éste ocurre (Glendenning, 1993) y, también provoca que pueda producirse confusión entre la discriminación de un conflicto familiar normal y una situación de maltrato

(Henderson, Buchanan, y Fisher, 2002; Pillemer y Suitor, 1988). En este sentido, debe tenerse en cuenta la percepción de la conducta y del contexto cultural en el que se produce la situación, puesto que, una misma situación (por ejemplo, que un cuidador grite a la persona mayor), puede ser percibida de formas diferentes, bien como algo normal o como una situación de maltrato (Wolf, 1998). Incluso, en muchas ocasiones los profesionales no están seguros de cuándo está ocurriendo una situación de maltrato (Kingston y Reay, 1996). También es relevante señalar las dificultades encontradas para comparar los resultados de diferentes estudios realizados, encontrándose tasas variables de prevalencia e incidencia en los estudios sobre maltrato y/o negligencia, además de diferencias significativas en factores de riesgo asociados (Choi y Mayer, 2000). Finalmente, cabe destacar que, si no existe un marco de referencia definicional común sobre maltrato a mayores, es imposible evaluar o construir conocimiento sobre el tema.

1.1.2. Hacia una definición de maltrato a las personas mayores

Desde los comienzos de la investigación se han observado dos tendencias diferentes. Por una parte, se intentó llegar a una tipología/clasificación de los diversos tipos de maltrato y/o negligencia hacia esta población (Lau y Kosberg, 1979; Block y Sinnot, 1979) y, por otra, se buscó conceptualizar el maltrato y/o la negligencia a mayores (Johnson, 1986). Por ejemplo, en 1987, la Asociación Médica (AMA) propuso esta definición: *“El maltrato implica una acción u omisión que tiene como resultado un daño o una amenaza de daño a la salud o el bienestar de una persona mayor. El maltrato incluye el causar daño intencional físico o mental; el abuso sexual; o la negación de la comida necesaria, ropa o cuidado médico para cubrir las necesidades físicas y mentales necesarias de una persona mayor por parte de la persona que tiene la responsabilidad del cuidado o custodia de una persona mayor.”* Esta definición distingue entre diferentes tipos de maltrato y/o negligencia, y, además, los diferencia en función de su intencionalidad. Además, se contrapone a los primeros trabajos realizados, como los de Baker (1975) y Burston (1975), que limitaban las definiciones al maltrato físico,

siempre dirigido hacia una mujer mayor y únicamente dentro de la situación de cuidado familiar. Posteriormente, O'Malley, Segel, Perez, Mitchell y Knuepfel (1979) sólo diferenciaban entre maltrato y negligencia e incluían ambos dentro de la categoría global de cuidado inadecuado. Según esa definición, la etiqueta de maltrato sólo se podía aplicar si había una clara intención por parte del cuidador de hacer daño, en caso contrario, se debía utilizar la etiqueta de negligencia (Glendenning, 1993; Hudson, 1986; Johnson, 1986).

Por otra parte, en ocasiones se ha establecido que el maltrato es un continuo que va desde la negligencia al maltrato físico (Papadopoulos, y La Fontaine, 2000). Esta postura es opuesta a la que mantiene la visión del maltrato como categorías diferenciadas (físico, psicológico y material) (Papadopoulos, y La Fontaine, 2000, Pillemer y Suitor, 1988; Weiner, 1991). Respecto al abuso sexual, en ocasiones, se ha incluido dentro de la categoría de maltrato físico (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1999; Glendenning, 1993) aunque existen estudios que lo señalan como un tipo independiente de maltrato (Ahmad y Lachs, 2002), y en lo que se refiere al abandono algunos autores lo incluyen dentro de la categoría de negligencia (Bass, Anetzberger, Ejaz, y Nagpaul, 2001; Brandl y Horan, 2002).

Una de las definiciones más aceptadas ha sido la acuñada por el grupo Action on Elder Abuse (1995) en el Reino Unido, que también fue asumida posteriormente por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA, 1995) y que en 2002 fue ratificada por la Organización Mundial de la Salud (2002) en la Declaración de Toronto. En esta definición se señala que *“el maltrato hacia las personas mayores es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor”*. En España, por su parte, la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado (1996) dio lugar a la Declaración de Almería, según la cual, *“maltrato a mayores sería todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado*

objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones)” (Kessel, Marín y Maturana, 1996).

Otros autores diferencian no sólo entre tipos de maltrato, sino también en base a la intencionalidad del maltrato, o según su frecuencia (Douglas, 1980; Glendenning, 1993; Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

1.1.3. Criterios para una definición de maltrato

En definitiva, ante las dificultades para evaluar o construir conocimiento sobre este tema en ausencia de un marco de referencia definicional común, se han propuesto una serie de criterios para la formulación de una definición del maltrato a mayores. Concretamente, Johnson (1986) ha definido cuatro fases en este proceso (Pérez, 2004(a); Papadopoulos y La Fontaine, 2000):

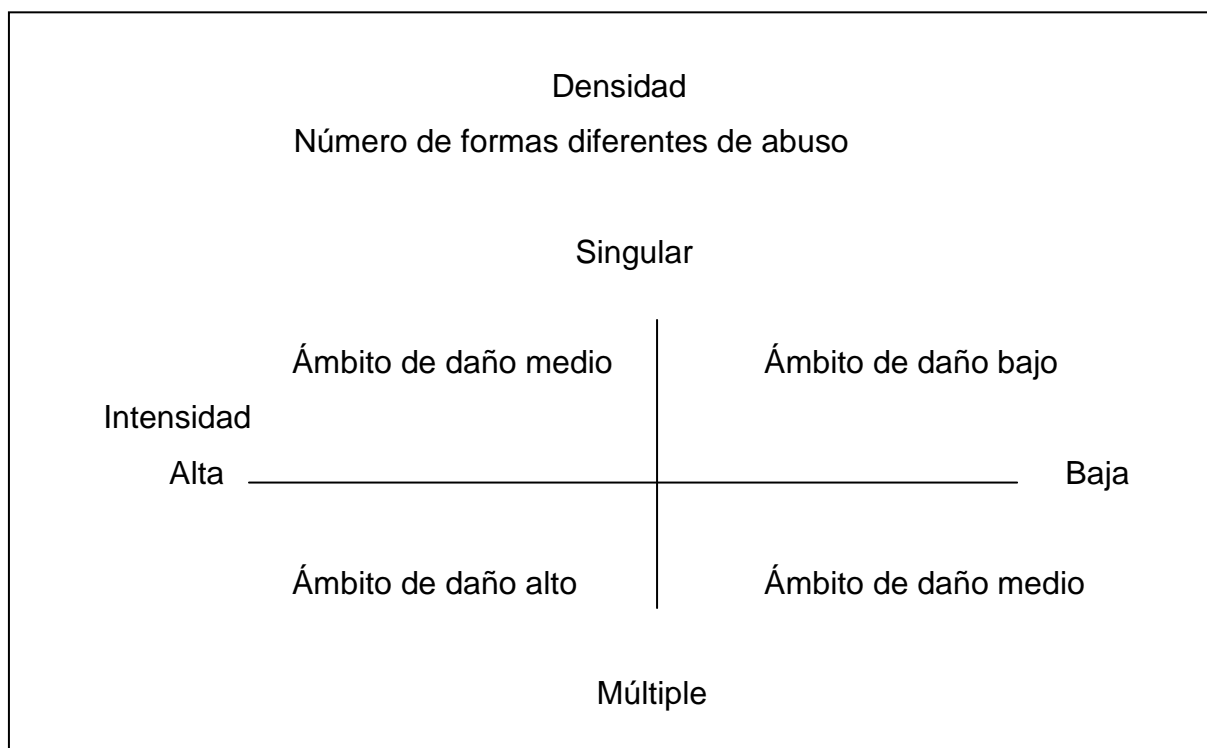
1. *Definición intrínseca*: el primer procedimiento en el proceso del desarrollo de una definición intrínseca (lo que algunos autores han llamado definición nominal) es la conceptualización. El maltrato a mayores se conceptualiza como el sufrimiento innecesario que puede ser infligido por la propia persona (tan dañino como el infligido por otras personas) o por otros, ya sean extraños, familiares, amigos, conocidos, profesionales, etc., para el mantenimiento de la calidad de vida de la persona mayor. En esta etapa, la definición es muy amplia y se centra únicamente en si la persona mayor ha experimentado algún tipo de dolor o sufrimiento, sin tener en cuenta cuándo o dónde ha ocurrido, si fue intencional o quien lo causó. Y, para poder conocer el nivel de gravedad del maltrato es imprescindible el análisis de la interacción en la que se ha producido la posible situación de maltrato, puesto que, lo que para una persona puede significar maltrato, puede no serlo para otra (Pillemer y Sutor, 1988). En esta etapa, la definición se mide mediante la determinación de la intensidad (frecuencia de ocurrencia del dolor y/o angustia y la severidad del maltrato) y la densidad de las

manifestaciones de la conducta (número y variedad de éstas). Además, permite considerar el maltrato desde la perspectiva de la víctima y del profesional que interviene.

2. *Definición extrínseca real:* en esta etapa, se deben establecer qué manifestaciones conductuales (físicas, psicológicas, sociológicas, legales) están presentes. Johnson (1986) sugiere que este proceso de etiquetar facilita la identificación del maltrato, permitiendo a los profesionales determinar cuáles son las estrategias de intervención requeridas.
3. *Definición extrínseca operacional:* en esta etapa, las manifestaciones conductuales de la etapa anterior son transformadas en unidades que puedan ser medidas mediante la determinación de la intensidad (frecuencia y severidad del maltrato) y densidad (número y diferentes tipos de maltrato) de las manifestaciones de la conducta, permitiendo así que el profesional identifique qué elementos son claramente discriminantes entre lo que es maltrato y lo que no, cuáles son las estrategias de intervención que se requieren y la urgencia con la que son requeridas.
4. *Definición causal:* en la etapa final de la definición, se distingue entre intencionalidad y no intencionalidad y se explora si el maltrato puede estar contemplado bajo una de las cuatro categorías siguientes: maltrato (comisión de una acción o acciones que resultan en maltrato) activo o pasivo, y negligencia (omisión de una acción o acciones, dando como resultado el maltrato) activa o pasiva. El tipo de causa determinará cómo se va a formular la intervención partiendo de un continuo desde medidas pasivas como la educación, medidas agresivas, hasta acciones legales. Para trabajar de forma efectiva las definiciones tienen que centrarse en el grado, es decir, en la experiencia del maltrato y el problema más que en las partes involucradas (Pillemer y Sutor, 1988).

A partir de la consideración de las anteriores etapas se puede realizar un esquema con dos ejes, uno respecto a la densidad y el otro relativo a la intensidad (Figura 1). La densidad hace referencia al número de formas distintas de maltrato (desde una única a varias simultáneas). La intensidad indica un continuo en la gradación, en la frecuencia y severidad de la conducta. Para cada uno de los cuadrantes que resultan se indica el grado de riesgo que correría la persona mayor que sufre maltrato (bajo, medio o alto) (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Johnson, 1986).

Figura 1. Grado de riesgo de maltrato



Fuente: Papadopoulos y La Fontaine (2000).

Muchos de los problemas que han surgido para dar respuesta a preguntas básicas, como por ejemplo, qué es el maltrato y qué es la negligencia, han sido debidas a que algunos autores han elaborado definiciones extrínsecas (tipologías) sin desarrollar previamente definiciones intrínsecas (conceptualización). Esto ha llevado a que existan diferentes clasificaciones de los tipos de maltrato, conllevando esto a su vez la existencia de contradicciones relacionadas con la epidemiología del maltrato y sus tipos. Por ejemplo, mientras algunos autores encuentran el maltrato físico como la

forma más común (Lau y Kosberg, 1979; Pillemer y Finkelhor, 1989; Pittaway y Westhues, 1993)), para otros es el maltrato psicológico el tipo más frecuente de maltrato a mayores (Block y Sinnott, 1979; Compton, Flanagan y Gregg, 1997; Kurrle, Sadler y Cameron, 1997; Comijs, Pot, Smit, Bouter y Jonker, 1998; Ruíz et al., 2001, Yan y Tang, 2004; Oh, Kim, Martins y Kim, 2006; Cooney, Howard y Lawlor, 2006) y para otros la negligencia (Lachs et al., 1997; National Center on Elder Abuse, 1998; Bazo, 2001; Cohen, Levin, Gagin y Friedman, 2007; O'Keefe et al., 2007). La importancia de definir el maltrato a mayores es clara si consideramos, por ejemplo, que las estimaciones de prevalencia pueden variar sustancialmente en función de la definición.

1.2. Tipología del maltrato hacia las personas mayores

Como se señalaba anteriormente, debido a las dificultades encontradas para definir el maltrato hacia las personas mayores, tales como el uso contradictorio de los términos o las diferentes perspectivas desde las que se han elaborado algunas de estas definiciones (Papadopoulos, y La Fontaine, 2000), se han realizado diversas clasificaciones en función de diferentes criterios. Sin embargo, la idea de tipologías universales es deseable, por un lado, porque en función del tipo de maltrato serán adecuadas distintas estrategias de intervención, y, por otro lado, los profesionales conocerían de forma precisa los indicadores de cada tipo específico de maltrato, facilitándose la tarea de la detección e identificación del mismo.

Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, esta tarea no es fácil. Son varias las discrepancias que existen en relación con la clasificación de las formas de maltrato. Así, Browne y Herbert (1996) señalan que el maltrato psicológico y la negligencia no deben incluirse como formas de maltrato, sino que el maltrato debería referirse únicamente a la violencia física que da como resultado una lesión (Johnson, 1986; Pillemer y Suitor, 1988). Esta definición ha sido cuestionada destacando que la negligencia puede ser tan grave como para llegar a amenazar la vida de una persona mayor frágil y

dependiente (Douglas, 1980). Además, otros actos y comportamientos diferentes de la violencia física pueden ser dañinos para la persona mayor, por ejemplo, el miedo a ser golpeado o gravemente castigado puede causar tanto daño, aunque de otro orden, a la víctima como el acto real (Pedrick-Cornell y Gelles, 1982; Giordano y Giordano, 1984).

Mención aparte merece la autonegligencia ya que, al ser la propia persona mayor la que se causa el daño y al no incluir a nadie externo como responsable del maltrato, es cuestionable que pueda ser categorizada como maltrato (Choi y Mayer, 2000; Anetzberger, 2005). Además, no se ajusta a las definiciones propuestas sobre maltrato hacia las personas mayores, por lo que no se incluye en la definición elaborada para este trabajo.

A pesar de las distintas perspectivas, existe un cierto acuerdo en proponer una clasificación de maltrato que diferencie entre maltrato físico, psicológico, abuso sexual, económico y negligencia (Jayawardena y Liao, 2006; Bonomi, et al., 2007; Rinker, 2007; Baker, 2007). También es preciso tener en cuenta que los diferentes tipos de maltrato pueden encontrarse tanto en el ámbito domiciliario como en el institucional (Hegland, 1992) y que es frecuente que múltiples formas de maltrato y negligencia estén presentes simultáneamente (Choi y Mayer, 2000; Jayawardena y Liao, 2006). Por ejemplo, es bastante probable que el maltrato físico vaya acompañado de maltrato psicológico y/o negligencia (Choi y Mayer, 2000).

A continuación se describen las características más importantes de los diferentes tipos de maltrato (Pérez-Rojo, 2004(b)).

1.2.1. Maltrato físico

Este tipo de maltrato implica una acción sobre la persona mayor, como golpear, abofetear, empujar, zarandear, quemar, encerrarla, uso inapropiado de

medicación, uso de sujeciones físicas, etc., que causa, como consecuencia, daño o lesión física. Algunos de los indicadores de este tipo de maltrato pueden ser observados en la Tabla 1 (pág. 23).

1.2.2. Abuso sexual

Implica cualquier contacto de carácter sexual para el que la persona mayor no haya dado su consentimiento, bien porque el contacto haya sido forzado, bien porque no sea capaz de dar su consentimiento o porque el contacto sexual tenga lugar mediante engaño (Wolf, 1998; Rinker, 2007). El abuso sexual puede ir desde el exhibicionismo a las relaciones sexuales, incluyendo caricias orales, anales o vaginales, además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas, o a utilizar la fuerza física para conseguir mantener relaciones sexuales con una persona en contra de su voluntad (Jayawardena y Liao, 2006; Bonomi, et al., 2007). Algunos autores incluyen el abuso sexual dentro del maltrato físico (Anetzberger, 2005; Sengstock y O'Brien, 2002; Brandl y Horan, 2002; Bass, et al., 2001, Adelman, et al., 1998). Otros, sin embargo, lo describen como categoría independiente (Lafata y Helfrich, 2001; Gordon y Brill, 2001; Ahmad y Lachs, 2002). Algunos indicadores de este tipo de maltrato pueden ser observados en la Tabla 1 (pág. 23).

1.2.3. Negligencia

Consiste en un acto de omisión, fallo intencional o no intencional en el cumplimiento de las necesidades vitales de la persona mayor por parte de otra persona (Lafata y Helfrich, 2001; Bomba, 2006; Rinker, 2007). Dentro de la negligencia se puede distinguir entre negligencia física, emocional o psicológica y económica.

La negligencia física consiste en no proporcionar a una persona mayor los servicios o productos necesarios para un funcionamiento físico óptimo. Un

ejemplo de este tipo de negligencia podría ser no proporcionar el necesario cuidado de la salud, comida o agua, gafas, audífonos, bastones o cualquier otro dispositivo de ayuda necesario.

La negligencia emocional o psicológica consiste en no suministrar el apoyo o la estimulación social y/o emocional adecuada y necesaria para la persona mayor. También se incluye dentro de este tipo de maltrato el hecho de que el responsable del maltrato aisle a la persona socialmente (amigos y familiares) o restrinja sus actividades cotidianas, le dé “trato de silencio” (no hablarle), le niegue oportunidades para establecer interacciones sociales, o la deje sola durante largos periodos de tiempo. Otros ejemplos incluyen ignorar las peticiones que realiza la persona mayor y no darle noticias o información que pueda interesarle. Conduce a sentimientos en la persona mayor de aislamiento, privación, chantaje, humillación, malestar, vergüenza, miedo e indefensión (Strasser y Fulmer, 2007).

La negligencia económica o material implica que no se utilicen los fondos o recursos que son necesarios para proporcionar una óptima calidad de vida a la persona mayor.

Otra posible clasificación de la negligencia hacia personas mayores podría ser la que diferencia entre negligencia activa y pasiva (Jayawardena y Liao, 2006). La negligencia activa consiste en no proporcionar el cuidado necesario para la persona mayor de forma intencional en un intento de castigarle, causarle angustia física o emocional, abandonarle de forma deliberada, o negarle intencionadamente comida o servicios relacionados con la salud (por ejemplo, medicamentos, comida o agua). La negligencia pasiva implica que, de forma no intencional, no se proporciona el cuidado necesario debido a que se ignoran cuáles son los cuidados que necesita la persona mayor o se desconozca cómo facilitárselos, que se carezca de habilidades o presente incapacidad real para completar la tarea, que el propio responsable del maltrato tenga problemas de salud o la falta de interés por proporcionar cuidado adecuado (Strasser y Fulmer, 2007; Jayawardena y Liao, 2006).

Algunos de los responsables de este tipo de negligencia pueden presentar enfermedad mental y retraso en el desarrollo (Strasser y Fulmer, 2007).

Algunos de los indicadores de este tipo de maltrato pueden ser observados en la Tabla 1 (pág. 23).

1.2.4. Maltrato psicológico

Dentro de este tipo de maltrato se incluyen agresión verbal, uso de amenazas (de institucionalización, por ejemplo), abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, controlar lo que la persona mayor puede o no hacer, prohibirle acceder al teléfono, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación hacia una persona mayor (Rinker, 2007). También se considera maltrato psicológico negar a la persona mayor la oportunidad de participar en la toma de decisiones que conciernen a su vida. El comportamiento edadista en forma de "infantilización", consistente en tratar a la persona mayor como si fuese un niño, también constituye un ejemplo de maltrato psicológico (Adelman et al., 1998; Lafata y Helfrich, 2001).

Algunos de los indicadores de este tipo de maltrato pueden ser observados en la Tabla 1 (pág. 23).

1.2.5. Abandono

Implica el abandono de una persona mayor por parte de la persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o que posee su custodia física (Rinker, 2007). Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de negligencia (Bass et al., 2001; Brandl y Horan, 2002; Anetzberger, 2005), mientras otros se refieren al abandono como categoría independiente (Lafata y Helfrich, 2001).

La forma más habitual de este tipo de maltrato es el abandono de la persona mayor en un hospital, centro comercial o gasolinera.

1.2.6. Violación de los derechos básicos

La violación de los derechos básicos (humanos y civiles) a menudo está relacionada con el maltrato psicológico. Consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que legalmente le corresponden, desde el derecho a la intimidad hasta la libertad de opción religiosa (Sengstock y O'Brien, 2002; Wolf, 1998). Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de explotación (Bass et al., 2001).

Algunas de las formas de este tipo de maltrato serían por ejemplo, ocultarle o abrirle el correo, no permitirle ir a la iglesia, no permitirle tener la puerta de su habitación cerrada, etc.

1.2.7. Abuso económico

Implica el robo, el uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, el obligarle a cambiar el testamento, dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona (Jayawardena y Liao, 2006).

Algunos de los indicadores de este tipo de maltrato pueden ser observados en la Tabla 1 (pág. 23).

1.2.8. Otras formas de maltrato

Maltrato en el ámbito sanitario

La realización de pruebas diagnósticas, para aumentar el conocimiento sobre la patología o situación clínica de un paciente, sin que se prevea que vaya a tener una posterior traducción en beneficios reales para el mismo, sería considerada como obstinación diagnóstica. Igualmente, la utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de una persona con enfermedad irreversible o terminal, se considera una forma de maltrato categorizada como obstinación terapéutica. Por contraposición, utilizar la edad como criterio para establecer prioridades en listas de espera para pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas, así como descartar la utilización de determinados medios y/o técnicas terapéuticas en función de la edad de los pacientes son formas de maltrato.

Estas formas de maltrato tendrían lugar como resultado de la práctica profesional en contextos de asistencia sanitaria. Los profesionales deben estar alerta ya que hay ciertas características del maltrato a mayores que pueden ser especialmente difíciles de detectar incluso para profesionales entrenados y con mucha experiencia, ya que hay estados físicos, psicológicos y psiquiátricos cuyos síntomas son análogos a los del maltrato (Papadopoulos y La Fontaine, 2000) y pueden crear confusión.

Tabla 1. Tipos de maltrato hacia las personas mayores

Tipo	Definición	Indicadores
Físico	Acción (golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación, etc.) llevada a cabo por otras personas, que causa, como consecuencia, daño o lesión física de forma intencional	<ul style="list-style-type: none"> - Moratones, quemaduras, huesos fracturados o rotos. - Signos de haber sufrido restricciones de algún tipo, como marcas de cuerdas, etc. - Hipotermia, niveles anormales de fármacos, dolor al ser tocado.
Sexual	Cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o porque ha sido llevado a cabo a través de engaño. Algunos lo incluyen dentro del maltrato físico, y otros, como categoría independiente.	<ul style="list-style-type: none"> - Moratones alrededor del pecho o del área genital. - Enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación. - Hemorragias vaginales o anales sin explicación. - Ropa interior rasgada, manchada o con sangre.
Negligencia	Consiste en un acto de omisión, fallo intencional (activa) o no (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (higiene personal, por ejemplo) o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar, darle “trato de silencio” (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Úlceras por presión. - Suciedad, olor a orina o heces. - Vestido inadecuado. - Malnutrición, deshidratación. - Ignorar a la persona mayor - Aislar a la persona mayor
Psicológico	Incluye agresión verbal, uso de amenazas, abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor como las actitudes edadistas en forma de infantilización.	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables. - Indecisión para hablar abiertamente. - Comportamiento inusual. - Se muestra disgustado o agitado.
Económico	Implica robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, obligarle a cambiar el testamento, etc., dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón irregular de gastos o retirada de dinero. - Cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etc. - Firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor.

1.3. Diferenciación entre el maltrato a personas mayores y el maltrato a otras poblaciones

Dentro del ámbito comunitario, el maltrato hacia las personas mayores se encuadra en la violencia doméstica o familiar, que también incluye el maltrato infantil y la violencia hacia la pareja (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Los distintos tipos de maltrato presentan semejanzas y diferencias.

Entre los aspectos en los que se asemejan las personas maltratadas, encontramos que comparten muchas de las consecuencias que se producen en esas situaciones (Bennett, Kingston y Penhale, 1997; Penhale, 2003), tales como una baja autoestima, culpabilidad, desesperanza, depresión, problemas para dormir, fobias, ideación suicida y aislamiento (Lau y Kosberg, 1979; Finkelhor and Pillemer, 1988). Además el maltrato parece aumentar la dependencia de la persona maltratada del responsable del maltrato (Bennett et al., 1997; Penhale, 2003). En general, las personas maltratadas también suelen sentirse intimidadas por los responsables del maltrato y tienen miedo de abandonar la situación en la que se encuentran (Finkelhor and Pillemer, 1988).

También son comunes algunas de las barreras que dificultan la detección de estos casos de maltrato, como las limitaciones de tiempo de los profesionales para establecer la existencia de maltrato, o la negación de la situación tanto por parte de la víctima como por parte del responsable del maltrato (Bennett et al., 1997; Penhale, 2003).

Los tres grupos de población que pueden ser objeto de violencia comparten algunos tipos de maltrato (Penhale, 2003), causas como, por ejemplo, el poder o control (Penhale, 2003; Walsh et al., 2007), indicadores, factores de riesgo como el aislamiento social y el estrés (Bennett et al., 1997; Walsh et al., 2007) y, además, prácticamente en ningún caso el maltrato es el resultado de la presencia de un único factor de riesgo. También son comunes algunas de las características de las personas responsables del maltrato en estos tres tipos de violencia, como por ejemplo, la presencia de abuso de

alcohol u otras sustancias, el padecimiento de trastornos mentales, haber sido víctima de violencia familiar (Pillemer y Sutor, 1988; Finkelhor and Pillemer, 1988), necesidad de controlar a las personas que maltratan (Walsh, et al., 2007), etc.

Finalmente, el maltrato hacia las personas mayores ha pasado por el mismo proceso de evolución que otras formas de violencia familiar. Al igual que el maltrato infantil y hacia la pareja, es un problema con una larga historia, cuyo reconocimiento es reciente y se enfrenta a una gran resistencia a ser reconocido por parte de la sociedad, porque desafía creencias comúnmente mantenidas sobre la vida familiar. En sus primeras fases, el problema ha sido minimizado o adscrito sólo a ambientes familiares particularmente patológicos.

Hasta aquí las semejanzas entre los distintos tipos de violencia familiar. Por lo que se refiere a las diferencias entre ellos, cabe señalar que la dependencia económica de las personas mayores podría hacerlas más vulnerables a cualquier tipo de explotación y maltrato (Penhale, 2003). Además, en el maltrato hacia las personas mayores juega un papel muy importante el edadismo o discriminación basada en la edad, que es una cuestión no presente en el maltrato dirigido a los otros grupos de edad.

Por último, existen diferencias entre estos tres tipos de violencia en cuanto a la definición del maltrato. A diferencia de la existencia de una definición consensuada para el maltrato infantil y hacia la pareja, esto no ocurre en el caso del maltrato hacia las personas mayores. Además la concienciación y sensibilización con respecto al maltrato infantil y hacia la pareja es mucho mayor que en el caso del maltrato hacia la persona mayor.

1.3.1. Semejanzas y diferencias entre el maltrato hacia personas mayores y el maltrato infantil

Dentro del contexto de la violencia familiar, el maltrato hacia las personas mayores se ha comparado con mayor frecuencia con el maltrato infantil que con el maltrato hacia la pareja, debido a ciertas semejanzas aparentes (Finkelhor and Pillemer, 1988). Por ejemplo, existen algunos casos evidentes de maltrato hacia las personas mayores en los cuales una persona mayor muy dependiente y frágil es maltratada por su cuidador. En estos casos se considera que la relación entre el cuidador y la persona mayor tiene un carácter padre-hijo, asociado a la dependencia de la persona mayor. Además, la dinámica que se presupone en estas situaciones es la de un cuidador que no está preparado y se encuentra frustrado por las demandas excesivas y, a menudo inesperadas de tener que cuidar a una persona dependiente; como consecuencia, la frustración puede desembocar en violencia y maltrato.

En cuanto a las similitudes entre ambos tipos de violencia, tanto el maltrato a personas mayores como el maltrato infantil son problemas identificados, en primer lugar, por profesionales con la responsabilidad de cuidar a estas dos poblaciones (Finkelhor and Pillemer, 1988). También comparten algunos factores de riesgo como estar aislados socialmente o tener problemas económicos (Pillemer y Wolf, 1986; Penhale, 2003). El maltrato hacia las personas mayores es también semejante al maltrato infantil en la medida en la que ambos problemas sociales han sido medicalizados, mientras que la violencia hacia la pareja tiene sus antecedentes en el movimiento feminista de los años 70 y, por tanto, es visto más como un problema social. Además, la implicación de los profesionales sanitarios es similar entre el maltrato a personas mayores y el maltrato infantil.

Sin embargo, las semejanzas entre el maltrato infantil y hacia personas mayores pueden ser sobrevaloradas. Hay muchos aspectos en los cuales el maltrato a mayores no se parece al maltrato infantil y donde las comparaciones conducen a asunciones erróneas. Por ejemplo, muchos casos de maltrato a

mayores no se producen por parte del cuidador hacia una persona mayor dependiente. De hecho, en muchos casos, el responsable del maltrato podría ser una persona que dependa de la persona mayor, como un hijo con problemas de abuso de drogas que vive con sus padres mayores y termina maltratándoles (Finkelhor and Pillemer, 1988), o alguien que dependa económicamente de la persona mayor (Bennett et al., 1997). El maltrato sería en estos casos una respuesta de rebelión contra la posición de dependencia.

Además, la frecuencia con la que se compara el maltrato a mayores y el infantil se debe a que en muchos casos se está equiparando a la persona mayor con el niño, como consecuencia de la presencia de estereotipos sociales. Sin embargo, nuestra sociedad tiene un umbral de tolerancia más alto para la negligencia y el maltrato (gritos, zarandeos, cachetes) hacia las personas mayores que hacia los niños. En un niño, un moratón inusual conducirá de manera inmediata a una investigación del hecho, mientras que si una persona mayor presenta ese mismo moratón es probable que éste se atribuya al envejecimiento o a una consecuencia de una enfermedad o tratamiento médico (Strasser y Fulmer, 2007). Además, la detección del maltrato a personas mayores es mucho más difícil ya que podrían no tener contacto con nadie, es decir, podrían encontrarse aisladas socialmente en sus propios domicilios (Penhale, 1993; Choi y Mayer, 2000), por lo que este problema está más oculto que otros tipos de violencia. Aunque algunos investigadores han encontrado sorprendentemente a personas que maltrataban y querían admitir el maltrato cuando eran preguntadas, el hecho de que se informe poco del maltrato y la negligencia hacia las personas mayores, tanto por parte de la persona mayor, como de quien maltrata proporciona evidencia de lo contrario. Es decir, a menos que se les pregunte directamente, no es probable que las personas mayores maltratadas y los responsables del maltrato den a conocer sus problemas de forma espontánea (Choi y Mayer, 2000).

Como señala Penhale (2003), la influencia de factores sociales tiene como resultado una valoración distinta del maltrato según éste esté dirigido hacia personas mayores o niños. Así, mientras el uso de la fuerza como un

correctivo es visto por algunos como aceptable en la crianza de los hijos, un acto similar hacia una persona mayor sería considerado una violación de sus derechos al menos, si no una agresión. Es más probable además, que los niños sean vistos como más vulnerables y con más necesidad de protección que las personas mayores, que suelen ser vistas como una carga, por lo que el maltrato infantil se considera un delito mucho mayor. Por otra parte, mientras que los niños cuando crecen se van volviendo menos dependientes, en el caso de las personas mayores ocurre al contrario, a medida que envejecen se vuelven más dependientes y requieren más cuidados, lo que puede aumentar el estrés en la persona que lo cuida y conducir a situaciones de maltrato. Incluso cuando la persona mayor es dependiente, las condiciones de dependencia para la persona mayor son muy diferentes de las de los niños. En concreto, los padres tienen una responsabilidad legal clara sobre los niños menores. Casi todos los niños en la sociedad viven con sus padres y hay una expectativa de que ésta sea la forma óptima de cuidado. Por el contrario, en la mayoría de los casos, los hijos adultos no tienen la responsabilidad legal sobre sus padres mayores. Las personas mayores son consideradas personas independientes y responsables. Además, la mayoría de las personas mayores no vive con sus hijos y hay solo una pequeña expectativa social, que está desapareciendo, respecto a que deban hacerlo. En resumen, las personas mayores tienen una relación estructural muy diferente con los responsables del maltrato que en el caso del maltrato infantil.

Otro factor diferencial entre personas mayores y población infantil que puede influir en el maltrato es que muchas personas mayores maltratadas tienen algún tipo de dependencia física o mental, mientras que los niños maltratados, aunque dependientes, no tienen necesariamente ningún tipo de discapacidad. También hay diferencias en el período de relación entre la persona maltratada y el responsable del maltrato. Mientras que en el caso del maltrato infantil, el niño y el responsable del maltrato tienen una relación más o menos reciente, en el caso de la persona mayor, generalmente, la relación con el responsable del maltrato es de muchos años de duración.

Por último, hay una diferencia sustancial relacionada con las instituciones encargadas de la protección de personas maltratadas. En relación con los niños hay instituciones en las que pueden ser ingresados, pero se tienen en cuenta sólo como último recurso, ya que existe un sentimiento público y profesional importante a favor de mantener a la familia unida. La situación con las personas mayores es bastante distinta. Hay una gran cantidad de instituciones que se dedican al cuidado de la persona mayor y son consideradas como soluciones aceptables socialmente para el problema del maltrato hacia las personas mayores dependientes. Además, existen formas de financiación estatales para facilitar el alojamiento de la persona mayor en estas instituciones que apoyan la existencia de diferentes opciones.

1.3.2. Semejanzas y diferencias entre el maltrato hacia personas mayores y el maltrato hacia la pareja

El maltrato hacia las personas mayores no se suele comparar con el maltrato hacia la pareja, debido, por ejemplo, a que no está suficientemente reconocido que algunos casos de maltrato hacia las personas mayores empezaron siendo casos de maltrato hacia la pareja, presente en la relación durante años, y que se puede intensificar, incluso, al envejecer la pareja.

Sin embargo, incluso cuando el responsable del maltrato y la persona maltratada no son marido y mujer, las situaciones de maltrato hacia las personas mayores son, con frecuencia, más parecidas al maltrato hacia la pareja que al maltrato infantil. Por ejemplo, en ambas situaciones se trata de adultos independientes, que viven el uno con el otro por elección propia. La persona mayor puede estar conectada con el responsable del maltrato por lazos emocionales de lealtad y quizás dependencia económica, pero ciertamente hay más independencia social, psicológica y económica que en el caso de los niños (Finkelhor and Pillemer, 1988). Otro aspecto en el que se asemejan estos dos tipos de violencia es que el responsable de maltrato, en ambos casos, utiliza tácticas similares de poder y control con las personas que maltrata. Y, también, son similares las reacciones de las personas maltratadas

en ambos grupos como el miedo, la ansiedad, la depresión y la falta de confianza en sus propias capacidades (Spangler y Brandl, 2007).

En cuanto a las diferencias entre estos tipos de maltrato, mientras en el caso de personas mayores maltratadas es frecuente encontrar que presenten deterioro mental o físico y dependencia, en el caso de maltrato hacia la pareja, aunque las personas maltratadas podrían encontrarse en una situación de dependencia, no tienen por qué presentar necesariamente ninguna discapacidad. Además, las personas mayores podrían tener una mayor independencia económica y emocional que personas más jóvenes (Penhale, 2003).

Las implicaciones de la comparación entre el maltrato hacia las personas mayores y hacia la pareja no han sido suficientemente exploradas, a pesar de que hay varias posibilidades para la intervención en maltrato a mayores que podrían ser provechosamente adaptadas de la experiencia en el maltrato hacia la pareja. Por ejemplo, en la intervención en maltrato hacia la pareja, se han utilizado los grupos de autoayuda, que promueven apoyo mutuo entre sus miembros, despejan los sentimientos de culpa y ayudan a enfrentarse a los responsables de su maltrato (Finkelhor and Pillemer, 1988; Penhale, 2003). Tales grupos podrían ser efectivos con algunas personas mayores maltratadas.

Una ventaja obvia de la equiparación entre ambos tipos de maltrato es que así no se infantiliza a las personas mayores y se enfatiza que pueden tomar la iniciativa por sí mismas. Otra ventaja es que permite considerar la dependencia del responsable del maltrato sobre la persona maltratada.

1.4. Modelos explicativos del maltrato hacia las personas mayores

Existen diversas explicaciones acerca de las causas del maltrato hacia las personas mayores. Cada una de ellas centrada en aspectos diferentes como, por ejemplo, características intraindividuales de la persona mayor y/o el

responsable del maltrato, teorías sociopsicológicas o socioculturales. A continuación se presentan algunas de las más relevantes.

1.4.1. El modelo situacional

Es la primera teoría elaborada para explicar el maltrato a mayores. Desde ella, el maltrato se asocia especialmente con el maltrato infantil y menos con otras formas de violencia intrafamiliar (Phillips, 1986). La premisa básica de este modelo consiste en que el aumento del estrés, en el posible responsable del maltrato, asociado a ciertos factores situacionales y/o estructurales, aumenta la probabilidad de que se produzca el maltrato hacia las personas mayores (Anetzberger, 2005). Las variables situacionales que han sido asociadas con el maltrato a personas mayores incluyen, a) Factores relacionados con la persona mayor como, la dependencia emocional y física, mala salud, deterioro cognitivo y personalidad “difícil”, b) Factores estructurales, como tensiones económicas, aislamiento social y problemas ambientales y c) Factores relacionados con el responsable del maltrato, tales como crisis vitales, burnout o agotamiento debido al cuidado de la persona mayor, problemas de abuso de sustancias y experiencias previas con la violencia.

El apoyo teórico al modelo situacional proviene de un número de fuentes diversas como, por ejemplo, de los resultados de los estudios que demuestran los elevados niveles de estrés, tensión y sobrecarga que experimentan los cuidadores informales, o a través de los estudios empíricos que demuestran que el estrés situacional y las experiencias de socialización de los responsables del maltrato son claves para la ocurrencia de estas situaciones (Block y Sinnott, 1979; Lau y Kosberg, 1979; Pillemer, 1985; Phillips, 1986). Sin embargo, se ha resaltado la existencia de un ajuste inconsistente entre este modelo y los datos empíricos disponibles (por ejemplo, debido a los problemas metodológicos de los estudios centrados en este tema) (Pedrick-Cornell y Gelles, 1982), o al hecho de que esta teoría esté basada en las probables

semejanzas entre el maltrato hacia las personas mayores y el dirigido a otras poblaciones, como el maltrato infantil. Por estas y por otras razones el modelo situacional podría ser inapropiado con la población de más edad (Phillips, 1986).

1.4.2. El modelo patológico

Esta teoría se centra en ciertas características del responsable del maltrato, por ejemplo problemas psiquiátricos, trastornos de personalidad y problemas de abuso de sustancias, como drogas y/o alcohol. La disminución de la capacidad del responsable del maltrato para tolerar la frustración y para controlar su conducta, debido, por ejemplo, a la dependencia del alcohol, estaría asociada a las acciones violentas y abusivas hacia la persona mayor. El abuso económico también podría ser resultado del abuso de sustancias, ya que el responsable del maltrato podría necesitar dinero para costearse el consumo de alcohol u otras sustancias. Además, una persona con este tipo de problemas podría no ser capaz de tomar las decisiones adecuadas para el cuidado de una persona mayor. De todas formas, a pesar de que esta teoría ha sido apoyada por un gran número de investigaciones (por ejemplo, Johnson, 1991; Kosberg y Nahmiash, 1996; Gordon y Brill, 2001), la evidencia empírica que puede avalar esta perspectiva es, por el momento, escasa.

1.4.3. Teoría del intercambio social

Esta teoría se basa en la idea de que una interacción social incluye el intercambio de recompensas y castigos entre, al menos, dos personas y, todos los individuos implicados en la misma, buscan maximizar las recompensas y minimizar los castigos en dicha interacción, de forma que las interacciones sociales se mantienen siempre y cuando los beneficios sean mayores que los costes y el nivel de satisfacción con la relación sea más alto que la comparación con el nivel de satisfacción de las posibles alternativas (Phillips,

1986, Ansello, 1996; Schiamberg y Gans, 2000; Anetzberger, 2005). Según esta teoría, las recompensas incluyen la recepción de recursos (por ejemplo, dinero, apoyo) y/o servicios, el intercambio de sentimientos positivos, etc., mientras que los castigos incluyen el intercambio de sentimientos negativos, la retirada de recursos y/o servicios, etc. Cuando la interacción entre dos personas está equilibrada, todo va bien. Homans (1961) señala que la interacción social ocurre de acuerdo a la ley de justicia distribuida, la cual “hace referencia a las expectativas que tiene una persona sobre las recompensas que debe recibir y los costes que debe asumir en una determinada interacción social, cuya distribución debe ser percibida por éste como justa”, es decir, las recompensas deben ser proporcionales a los costes pero, cuando esta ley no se cumple, surgen sentimientos negativos como la ira, el resentimiento y el castigo (Ansello, 1996). Lo curioso de esta teoría es que predice que el maltrato se producirá independientemente de la dirección en la que se produzca el desequilibrio; es decir, tanto si es la persona mayor como si es el responsable de su cuidado el que está en una posición “de impotencia/sin autoridad” (Henderson et al, 2002). Por tanto, esta teoría, puede ser utilizada para explicar el maltrato a mayores bajo la asunción de que las personas mayores maltratadas están más indefensas, son más dependientes y vulnerables que los responsables de su cuidado y, como consecuencia, tienen menos alternativas para continuar una interacción equilibrada. Además plantea que la dependencia del responsable del maltrato sobre la víctima también es un factor de riesgo para el maltrato (Wolf, Strugnell y Godkin, 1982), de manera que cuando el responsable se siente indefenso y/o impotente y busca una compensación a la falta de control o a la pérdida de poder con los recursos disponibles, la violencia es un resultado probable. Así, esta teoría sugiere que la violencia será empleada cuando la persona no disponga de otros recursos para mantener el poder. No obstante, existen dificultades para determinar o valorar los costes y los beneficios en las relaciones personales y, por sí misma, la teoría no aporta una explicación completa del maltrato a mayores (Henderson, Buchanan, y Fisher, 2002).

1.4.4. Teoría de la dependencia

La creencia de que la dependencia de las personas mayores es una causa principal en el maltrato ha sido ampliamente mantenida en la literatura científica. La dependencia se define típicamente como la necesidad de ayuda por parte de otra persona o personas para continuar viviendo en la comunidad. La ayuda puede ser proporcionada en áreas como las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (vestirse, bañarse, cocinar, comprar, etc.), apoyo económico o apoyo emocional o compañía. Según algunos autores, cuando la dependencia económica, física, social y emocional de una persona mayor aumenta, la posibilidad del maltrato aumenta a menos que estén disponibles los recursos adecuados (Pillemer, 1985).

Sin embargo, esta teoría tampoco proporciona una explicación completa del maltrato hacia las personas mayores. Aunque muchas personas mayores son bastante dependientes, no todas sufren maltrato, por lo que, no puede asumirse una asociación directa entre la dependencia de la persona mayor y el maltrato. Además, algunos resultados preliminares indican que una causa importante del maltrato podría ser la dependencia económica, para el alojamiento, etc., del propio responsable del maltrato (Wolf et al., 1982; Pillemer, 1985; Ansello, 1996) sobre la persona mayor.

1.4.5. Teoría del interaccionismo simbólico

Ésta es otra posible explicación teórica desarrollada para explicar el maltrato a mayores. Utilizando este punto de vista desarrollado por McCall y Simmons (1986), el interaccionismo simbólico está incluido dentro de la asunción de que la interacción social es un proceso entre, al menos, dos individuos que (1) ocurre a lo largo del tiempo, (2) consiste en fases identificables recurrentes, interrelacionadas y secuenciadas de modo flexible y (3) requiere negociación y renegociación constante para establecer un

“consenso” sobre el significado simbólico de la interacción (Ansello, 1996). Desde esta perspectiva, por tanto, no se trata de responder a unas recompensas o a unos castigos, como en la teoría del intercambio, sino que, los actores sociales tienen unas metas que asumen como válidas, al tiempo que atribuyen una serie de motivaciones a los demás en su actuación o en su comportamiento y pueden corresponderse o no con lo que los demás asumen. Las fases de la interacción social incluyen el proceso cognitivo, la improvisación, la atribución y la consolidación de roles, la reciprocidad y la compatibilidad y, cuando se produce un desfase en alguna de ellas, surge la posibilidad de conflicto y la finalización de la interacción. El maltrato es definido situacionalmente y ocurre en interacciones sociales cuando existen discrepancias entre los comportamientos y las expectativas del rol (Anetzberger, 2005). En tal contexto, el maltrato a mayores puede ser conceptualizado como una representación inadecuada o inapropiada del rol que se podría producir debido a los cambios en las definiciones del rol en los grupos sociales donde la persona mayor interactúa, convirtiéndose muchas veces los hijos en padres y los padres en hijos. Esta teoría tiene, al igual que en los casos anteriores, ventajas y limitaciones en su utilización como explicación para el maltrato a mayores.

1.4.6. Perspectivas teóricas de la economía crítica y la economía política del envejecimiento

Estas teorías hacen hincapié en el impacto de la sociedad sobre la vida de las personas mayores, marginadas dentro de la sociedad, dentro del entorno familiar y fuera de él. Desde este modelo se señala que muchos de los problemas que tienen las personas mayores no son consecuencia de procesos biológicos o naturales del propio proceso de envejecimiento, sino que reflejan las desigualdades sociales que limitan los roles y los recursos de las personas mayores. Varios autores consideran la construcción social de la pobreza y del estatus dependiente en la vejez, así como el menor valor de las personas mayores en nuestra sociedad como resultado, aunque no exclusivamente, de

las diversas políticas sociales. En esta teoría se hace referencia al término “dependencia estructurada” que sugiere que los servicios sanitarios y sociales y las instituciones que gestionan las vidas de las personas mayores, como por ejemplo, la obligación de la jubilación a una edad determinada, cobrar una pensión en lugar de un salario, la institucionalización y la restricción de los roles al ámbito doméstico contribuyen a reforzar la dependencia y la marginación de las personas mayores. Resumiendo, desde esta perspectiva el maltrato surgiría debido a la marginación de las personas mayores por la sociedad (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

1.4.7. Teoría de las demandas excesivas o del estrés interno

La teoría de las demandas excesivas o del “cuidador agotado” propone que el estrés que surge como resultado del cuidado a una persona mayor aumenta el riesgo de que el cuidador se comporte de forma abusiva (Henderson et al., 2002). Aunque algunos críticos afirman que esta teoría exime de responsabilidad al causante del maltrato (Pillemer y Finkelhor, 1989; Tomita, 1990), otros afirman que el exceso de estrés que ocurre entre los responsables del cuidado de personas mayores puede provocar que se desencadenen situaciones de maltrato y, por tanto, los esfuerzos para la prevención deben centrarse en aliviar este estrés para beneficiar a la posible víctima. Esta teoría sostiene que, cuando el estrés interno aumenta, es probable que surja como resultado el maltrato (Fulmer, Street y Carr, 1984; Pérez Rojo, Izal, Montorio y Nuevo, 2008). Esta teoría ha llegado a ser bastante popular entre los profesionales de la salud mental y la población en general, posiblemente porque conduce en sí misma a estrategias de intervención. No es fortuito que muchos servicios tales como por ejemplo, ayuda a domicilio, comida a domicilio estén dirigidos a disminuir la carga debida al cuidado de una persona mayor. No obstante, lo cierto es que aunque muchas personas que cuidan o prestan ayuda a personas mayores pueden sentirse muy estresadas, sólo una parte de ellas inflige maltrato.

1.4.8. Transmisión intergeneracional de la violencia

Esta teoría es citada con frecuencia, ya que también se utiliza como explicación del maltrato infantil y hacia la pareja (Kingston y Reay, 1996; Walsh et al., 2007). En ésta, se señala la importancia de la “violencia aprendida” y la transmisión intergeneracional de la violencia dentro de las familias, así como que el comportamiento violento es un método aprendido como medio para expresar la ira y la frustración (Pillemer, 2005; Ansello, 1996; Quinn y Tomita, 1997; Gordon y Brill, 2001). Algunas situaciones de maltrato a mayores podrían ser situaciones de violencia hacia la pareja, donde los individuos se han hecho mayores juntos y el comienzo de la edad avanzada y el consiguiente incremento de los contactos con los sistemas del cuidado de la salud y los servicios sociales podrían tener como resultado que la violencia salga a la luz por primera vez. También se ha hipotetizado que algunas situaciones de maltrato son consecuencia de violencia inversa, es decir, situaciones donde el responsable del maltrato actual fue, en el pasado, la víctima de maltrato infantil o pareja a manos de la persona mayor que está siendo maltratada en la actualidad (Ansello, 1996) o donde la violencia ha llegado a ser aceptada como norma dentro de la historia de esa relación (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). También se ha señalado que los individuos que son maltratados cuando son niños llegan a formar parte de un ciclo de violencia, desarrollando el mismo patrón de comportamiento a través de la observación directa (Adelman et al., 1998; Henderson et al., 2002; Muñoz, 2004). El cambio de poder que acompaña al proceso de envejecimiento, donde los hijos adultos se convierten en cuidadores de sus padres mayores, ofrece a la persona que en el pasado fue maltratada, la oportunidad para llevar a cabo la venganza ya sea a través del abuso o la negligencia hacia sus padres. En estas circunstancias se sugiere que la persona que comete el maltrato está utilizando la violencia como una estrategia aprendida para afrontar conflictos o, como se ha sugerido anteriormente, para “vengarse” de un maltrato ocurrido en el pasado (Pillemer, 2005; Gordon y Brill, 2001). Aunque hay algunos datos que apoyan esta teoría en relación con la violencia hacia la pareja y el maltrato infantil, todavía no hay

datos concluyentes que apoyen la extensión de esta teoría al maltrato hacia personas mayores (Walsh et al., 2007).

1.4.9. Modelo ecológico

Dada la complejidad del tema del maltrato a mayores y del hecho de que diversos factores de riesgo relevantes estén relacionados con las personas que cuidan y son cuidadas, con el ambiente o el contexto sociocultural y con la interacción entre las personas y el contexto, un enfoque ecológico, podría ser el más adecuado para un mejor entendimiento del maltrato. De esta forma, este modelo proporciona una interpretación de las relaciones intergeneracionales entre hijos (responsable del cuidado) y padres mayores a lo largo del curso de la vida como base para el desarrollo de programas de prevención e intervención, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus familias en una sociedad envejecida (Schiamberg y Gans, 2000).

El modelo ecológico, derivado de dos marcos más amplios como son la perspectiva ecológica humana, en particular el modelo de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1995) y la perspectiva del curso de la vida (Schiamberg y Gans, 2000), se modificó a partir de éstos para incorporar una perspectiva bi-focal, centrándose de forma simultánea en el/la padre/madre mayor y el/la hijo/a adulto (el modelo original sólo se centraba en una persona). La relación entre las personas se examina, dentro de los múltiples contextos donde tienen lugar las relaciones (biológico, físico/ecológico, interpersonal, sociocultural, político, económico e histórico), y, además, se analiza el cambio de las interacciones e interrelaciones entre ambos a lo largo del tiempo. Por tanto, la violencia, según este modelo, surgiría como resultado de factores individuales, interpersonales y sociales. La ventaja de esta teoría es que permite que el maltrato a personas mayores se asocie a cuestiones sociales más amplias.

La perspectiva ecológica no sólo facilita que los profesionales puedan tratar el problema en toda su complejidad, sino que también proporciona un marco para entender la interrelación y la interdependencia entre los diferentes factores de riesgo. La organización de los factores de riesgo enfatiza la influencia entre los diferentes factores y, por tanto, capacita a los investigadores a entender mejor la dinámica del maltrato dentro del contexto del cuidado familiar.

Además de las anteriores teorías, otros modelos han intentado explicar aspectos parciales del maltrato. Así la teoría feminista, explica el maltrato hombre-mujer en función del desequilibrio de poder dentro de las relaciones (Anetzberger, 2005; Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Crichton, Bond, Harvey y Ristock, 1999). La relación entre la mujer como maltratada y el hombre como responsable del maltrato sitúa el maltrato hacia las personas mayores dentro de la dinámica de poder habitual entre ambos sexos.

Como señalan Penhale, Parker y Kingston (2000), las mujeres mayores son marginadas en la sociedad tanto por motivos de sexo como por edad. En el contexto patriarcal de nuestra sociedad, los hombres han tenido mayor poder sobre los más vulnerables, explicando esto algunas de las situaciones de maltrato hacia las personas mayores. La violencia familiar puede ser entendida como la violencia que ocurre dentro de las familias contra las personas más vulnerables, generalmente las mujeres, y en el contexto del maltrato a mayores, hacia las mujeres de más edad. Implica una acción agresiva por parte de la persona con poder contra alguien con menos poder. La violencia es un medio que los hombres, en muchas ocasiones han utilizado para mantener su posición de poder en la sociedad, la familia y niveles interpersonales. Por su parte, la teoría del estrés externo propone que el estrés no solo puede ser interno sino también externo. Bajo la teoría del estrés externo se señala que factores como problemas económicos, laborales como el desempleo, los conflictos maritales de residencia o los problemas con la ley pueden activar el maltrato (Fulmer et al., 1984; (Penhale et al., 2000).

En resumen, puede decirse que las anteriores teorías difieren en varios aspectos en cuanto a su enfoque. Algunas son de carácter intraindividual y contemplarían las causas de la violencia basadas en las características de las personas o en los efectos, por ejemplo, del abuso del alcohol u otras sustancias y de la psicopatología. Otras teorías son socio-psicológicas y subrayan la interacción de la persona y el rol del aprendizaje en el desarrollo de la conducta violenta, como la teoría del aprendizaje social, donde se entiende que aquellos niños que han observado el ejercicio de la violencia podrán ser, con mayor probabilidad adultos responsables del maltrato. Así, aunque hay que tener en cuenta que no todos los niños que sufrieron violencia en su infancia serán responsables de maltrato al llegar a adultos, sí que parece probable que entre los que ejercen violencia exista un porcentaje mayor de personas que fueron maltratadas de niños. Las teorías socio-culturales, por su parte, enfatizan la importancia de las estructuras sociales y las organizaciones institucionales en el desarrollo de la violencia, como, por ejemplo, todas las teorías que se derivan de la economía política del envejecimiento. Por tanto, no parece que exista una sola explicación para cualquier forma de violencia doméstica, incluido el maltrato a mayores. Lo que parece claro es que diferentes teorías explican distintos aspectos de un problema complejo y polifacético. La investigación sugiere que las explicaciones teóricas deben dirigirse no sólo a las características individuales de las posibles víctimas mayores y sus posibles responsables del maltrato, sino también al contexto general dentro del que ocurre el maltrato.

Resumen

A lo largo de este capítulo se hace referencia a aspectos generales relacionados con el maltrato hacia las personas mayores, en concreto, el concepto, la tipología, las diferencias y semejanzas con otros tipos de maltrato y los diferentes modelos desde los que se ha intentado explicar este fenómeno.

En primer lugar, el capítulo se centra, en el concepto el maltrato hacia las personas mayores describiendo primeramente las limitaciones en la investigación de este tipo de maltrato, como es la carencia de una definición universal. También se analizan los problemas que han surgido con la definición de maltrato como el acercamiento al tema desde diferentes perspectivas, lo que ha provocado la aparición de barreras como, por ejemplo, los problemas de los profesionales para la detección del maltrato. Esto dio lugar al desarrollo de diversas definiciones provocando que, ante una misma situación y en función de la definición asumida, un profesional asuma la presencia de maltrato y otro pueda no detectarla. No obstante, una de las definiciones más aceptadas es la acuñada por Action on Elder Abuse, asumida también por la Red INPEA y ratificada por la OMS en 2002 en la Declaración de Toronto.

En segundo lugar, se realiza una descripción sobre los diferentes tipos de maltrato existentes hacia las personas mayores, encontrando que, al igual que en el caso de la definición, diversos autores elaboraron sus propias clasificaciones. Sin embargo, tras la revisión de la literatura científica correspondiente al tema, se ha elaborado una tipología que intenta integrar las características de las existentes. Dentro de esta clasificación se incluye la definición de cada tipo de maltrato así como los diferentes indicadores que deben actuar como “señales de alerta” ante una posible situación de maltrato.

Por último, también se analizan las diferencias y semejanzas entre el maltrato hacia las personas mayores y el maltrato infantil y hacia la pareja. Finalmente, se realiza una revisión de los diversos modelos que se han centrado en la búsqueda de las causas del maltrato hacia las personas mayores. Cada uno de estos modelos se centra en aspectos diferentes tales como, características intraindividuales de la persona mayor y/o del responsable del maltrato, teorías sociopsicológicas o teorías socioculturales, de manera que parece que no existe una única explicación para el maltrato hacia las personas mayores, dada la complejidad del mismo.

CAPÍTULO 2

FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DEL MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

2.1. Factores de riesgo de maltrato a mayores

Los factores de riesgo pueden estar presentes en todos los ámbitos en los que puede tener lugar el maltrato hacia las personas mayores. No obstante, debido a que el presente trabajo se centra en la sospecha de maltrato en el ámbito comunitario, la descripción de los factores de riesgo se centrará exclusivamente en los que pueden estar presentes en este ámbito concreto.

A pesar de que la gran mayoría de los familiares cuidan bien de sus parientes mayores, algunas personas mayores pueden estar confiando su cuidado a personas que son incapaces de tratarles adecuadamente. Incluso de buenas intenciones pueden surgir como resultado consecuencias negativas, es decir, el deseo de cuidar de una persona mayor podría superar a un cuidador y al sistema familiar y dar como resultado un aumento de tensiones y presiones que pueden desembocar en conductas abusivas debido, por ejemplo, a la frustración o la fatiga (Kosberg, 1988). La identificación de factores de riesgo indicaría la posibilidad de que el maltrato ocurra (Anetzberger, 2005) y permitiría a los profesionales intervenir de forma precoz evitando que el maltrato tuviera lugar. Sin embargo, debido a las variadas definiciones de maltrato y negligencia y a las diferentes fuentes y métodos de muestreo adoptados en los estudios existentes, es difícil presentar un esquema preciso de los factores de riesgo asociados al maltrato, encontrando resultados contradictorios, como se mostrará a continuación (Shugarman, Fries, Wolf y Morris, 2003).

En general, los estudios sobre factores de riesgo indican que el maltrato físico y psicológico está más asociado a problemas del responsable de maltrato que a características de la persona maltratada, mientras que la negligencia tiende a estar mucho más relacionada con las necesidades de la persona mayor maltratada (Wolf, 1997). En el caso de la explotación económica cometida por un familiar de la víctima, además del deterioro mental y cognitivo de ésta y su enfermedad, la dependencia económica del responsable del

maltrato respecto a la víctima y el abuso de sustancias se han revelado como factores de riesgo significativos (Choi y Mayer, 2000). Sin embargo, el maltrato a mayores es un problema extremadamente complejo resultado de la combinación de factores personales, familiares, sociales y culturales (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000; Oh et al., 2006), por lo que debe ser considerado como un fenómeno multifactorial. Además, identificar factores de riesgo no es lo mismo que identificar maltrato real (Jayawardena y Liao, 2006). Podrían aparecer falsos positivos en la identificación, de manera que incluso, estando presentes los indicadores de un elevado riesgo de maltrato, la persona mayor podría no estar sufriendo maltrato realmente. Y, a la inversa, podrían tener lugar falsos negativos, es decir, casos que no presentan factores de riesgo, pero que sufren maltrato. Lo mismo ocurre con los indicadores de maltrato, de manera que, los indicadores y los factores de riesgo no conducen necesariamente a un diagnóstico de maltrato, sino que constituyen claras señales de alerta que son esenciales para la posterior comprobación.

Estos factores pueden agruparse en función de si están presentes en la persona mayor, en el responsable del maltrato o en el contexto de la situación (Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2005; Pérez-Rojo et al., 2008; Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Penhale, en prensa). A continuación se presentan los factores de riesgo en función de esta categorización.

2.1.1. Factores de riesgo presentes en la persona mayor

Ninguna persona mayor es inmune a la posibilidad de ser maltratada. Sin embargo, existen características que parecen hacerles especialmente vulnerables al mismo, tal y como se expone a continuación.

Sexo

Existen resultados contradictorios respecto a este factor de riesgo (Pillemer, 2005; Baker, 2007). Aunque se tiende a pensar que la mayoría de las víctimas de maltrato a personas mayores son mujeres, tal y como demuestran un amplio número de estudios (Wolf et al., 1982; Henderson et al., 2002; Schiamberg y Gans, 2000; Penhale, 2003; Phillips, 2005; Oh et al., 2006), también hay evidencias que sostienen que son más hombres que mujeres las víctimas de maltrato, sugiriéndose que es posible que a los hombres se les estén devolviendo abusos previos que ellos mismos cometieron o, que es más probable que hagan elecciones inapropiadas (por ejemplo, juego o bebida) que afecten a su capacidad para interactuar de forma efectiva con otras personas (Schiamberg y Gans, 2000; Pillemer y Finkelhor, 1988; McCreadie y Quigley, 1999; Kosberg, 1988).

Los resultados que señalan que el maltrato es superior entre las mujeres mayores pueden ser explicados por varias razones; por un lado, el mayor porcentaje de mujeres mayores frente al número de hombres mayores, por otro lado, las mujeres experimentan los casos más graves de maltrato, lo que significa que requerirán con mayor probabilidad tratamiento para las lesiones (Pillemer, 2005). Y, también es cierto, que es más probable que las mujeres informen del maltrato que los hombres y que busquen ayuda (Penhale, 2003). También se ha constatado que en culturas donde las mujeres tienen un estatus social inferior, éstas tienen un riesgo especial de ser abandonadas cuando se quedan viudas o sus propiedades son embargadas (Schiamberg y Gans, 2000).

Aunque no está claro si es más probable que sean maltratados los hombres o las mujeres, lo que sí se sabe es que ambos pueden serlo y, por tanto, deben ser considerados posibles víctimas.

Estado civil

Respecto a este factor de riesgo existen resultados contradictorios. Los resultados de algunos estudios señalan que una persona mayor casada tiene mayor probabilidad de ser maltratada que si está divorciada o viuda (Schiamberg y Gans, 2000; Kosberg, 2005). Esto está relacionado con el tipo de convivencia de cada situación y con el hecho de que una persona mayor que vive con su cónyuge, o con al menos otra persona, tiene obviamente un mayor riesgo de posibles interacciones abusivas que si vive sola (Pillemer y Finkelhor, 1988; Schiamberg y Gans, 2000). Mientras que en otros estudios se encuentra que son las personas solteras, divorciadas o viudas las que experimentan mayor riesgo de maltrato (Pitsiou-Darrough y Spinellis, 1995; Vida et al., 2002)

Edad

A mayor edad, mayor riesgo (National Center on Elder Abuse, 1998; Collins, 2006; Kosberg, 1988; Henderson et al., 2002). La edad está asociada a un aumento de problemas de salud y, por tanto, a mayor deterioro, lo cual podría hacer a la persona mayor más dependiente y, por tanto, más vulnerable al maltrato. Dadas las tendencias demográficas y el aumento de la proporción del grupo de personas mayores “mayores” (que tienen 75 años o más) es importante tener en cuenta este factor.

Nivel educativo

Existe alguna evidencia que señala que un bajo nivel educativo en la persona mayor puede aumentar el riesgo de maltrato (Oh et al., 2006).

Comportamientos provocadores y/o agresivos

Al igual que personas de otras edades, algunas personas mayores pueden ser excesivamente demandantes, desagradecidas o desagradables. Estas personas, algunas con demencia, por ejemplo, y dependientes, pueden irritar a las personas que las cuidan ya de por sí estresadas y sobrecargadas y favorecer el maltrato (Lachs y Pillemer, 1995; Schiamberg y Gans, 2000; Pérez-Rojo et al., 2005; Pérez-Rojo et al., 2008; Pérez-Rojo et al., en prensa; Jayawardena y Liao, 2006; Sasaki, et al.2007).

Deterioro cognitivo

La prevalencia del maltrato en personas mayores con demencia se estima que es mayor que la existente en otros grupos de esta misma edad, pudiendo este hecho estar relacionado con la presencia de conductas provocadoras, con la dependencia y con mayores demandas y responsabilidades para el cuidador, lo cual puede dar como resultado la presencia de estrés y frustración en el cuidador (Kosberg y Nahmiash, 1996; Pillemer, 2005; Jayawardena y Liao, 2006; Oh et al., 2006; Baker, 2007; Sasaki et al., 2007).

Aunque se ha encontrado que el maltrato a personas mayores está asociado con el alcance y la severidad del deterioro (Block y Sinnot, 1979), es más probable que se identifique o se asocie con negligencia que con cualquier otro tipo de maltrato (Schiamberg y Gans, 2000).

Salud

Se han encontrado resultados contradictorios con respecto a este factor (Pillemer, 2005; Jayawardena y Liao, 2006; Baker, 2007), de manera que algunos estudios indican que es más probable que las personas mayores con buena salud sean maltratadas, mientras otros han encontrado lo contrario. En

los estudios donde el maltrato se ha encontrado asociado con la extensión y severidad del deterioro físico y mental la explicación ante este hecho es que las personas mayores con mala salud requieren mayor cantidad de cuidados y, por tanto, plantean mayores demandas sobre los cuidadores (Kosberg y Nahmiash, 1996). Además, la mala salud y la discapacidad podrían reducir la capacidad de la persona mayor para buscar ayuda y defenderse a sí misma (Lachs y Pillemer, 1995; Schiamberg y Gans, 2000).

Problemas de comunicación

Kosberg (1988) señala que el hecho de que la persona mayor tenga dificultades para poder comunicarse puede aumentar el riesgo de maltrato. Aquí también se incluirían los problemas de comunicación que pueden tener las personas con deterioro cognitivo.

Problemas económicos

Que la persona mayor tenga bajos ingresos económicos puede incrementar el riesgo de maltrato (Schiamberg y Gans, 2002).

Abuso de sustancias (alcohol o drogas).

Una persona mayor con problemas de abuso de alcohol o de otro tipo de sustancias tiene más probabilidades de ser maltratada debido a su incapacidad para cuidar de sí misma, bien porque viva en una situación poco estable económicamente y/o emocionalmente, o porque podría ser menos consciente de que el cuidado que está recibiendo es inadecuado o dañino; o debido también a la presencia de un comportamiento provocativo por su parte. Con frecuencia, las personas adictas a las drogas o al alcohol se comportan de forma errática e insensible (Biggs, Phillipson y Kingston, 1995; Kosberg, 1988;

Schiamberg y Gans, 2000; Henderson et al., 2002; Baker, 2007). Es posible que tal comportamiento, dirigido hacia otra persona, pueda provocar un aumento de la probabilidad de maltrato.

Trastornos psicológicos

Los factores psicológicos o emocionales, tales como depresión, ansiedad, tendencia a excusar el comportamiento de los familiares y apatía, han sido identificados como factores de riesgo asociados al maltrato. Las personas con estas características podrían negar con mayor probabilidad la presencia de maltrato, podrían echarse la culpa del mismo, no saber qué acciones deben poner en marcha para protegerse a sí mismas del maltrato o aislarse de los demás (Kosberg, 1988; Kosberg y Nahmiash, 1996; Schiamberg y Gans, 2000; Baker, 2007), etc.

Dependencia

También con respecto a la dependencia física, económica, etc. en la persona mayor, se han encontrado resultados contradictorios (Baker, 2007; Sasaki et al., 2007), no pudiendo asumirse una relación directa entre la dependencia y el maltrato.

Otras características

Determinados sentimientos como, por ejemplo, que la persona mayor se culpe a sí misma de la situación, pueden hacerla especialmente vulnerable al maltrato a través de conductas de autodesaprobación e impedir que sea capaz de reconocer que el maltrato es culpa generalmente de la persona que maltrata (Quinn y Tomita, 1997; Schiamberg y Gans, 2000). Además, si la persona mayor tiene un fuerte sentido de la lealtad hacia el responsable del maltrato (ya sea un pariente o no) probablemente no informará del problema (Kosberg,

1988). También es cierto que algunas personas aceptan sus problemas sin buscar solución alguna, ya sea porque eso forma parte de su personalidad como rasgo o, porque se basan en una filosofía de tolerancia, resignación o comprensión. Si el responsable del maltrato sabe esto, la persona mayor podría sufrir maltrato, el cual podría continuar durante largo periodos de tiempo (Lau y Kosberg, 1979; Sengstock y Hawlek, 1987; Schiarnberg y Gans, 2000)

2.1.2. Factores de riesgo presentes en el responsable del maltrato

Las siguientes características, solas o en combinación, no son necesariamente predictoras del comportamiento abusivo, pero pueden servir de ayuda a los profesionales para la identificación de personas no competentes o inapropiadas para cuidar o interaccionar con personas mayores.

Sexo

Parece que las mujeres, al asumir con mayor frecuencia el cuidado de la persona mayor, presentan mayor riesgo de ser responsables del maltrato (Henderson et al., 2002; Kosberg, 1988). Sin embargo, algunos autores señalan que, al igual que en otros tipos de violencia familiar, la mayoría de los responsables de maltrato son hombres (Penhale, 2003; Bell, Oyebode y Oliver, 2004). Otras investigaciones señalan que el género está relacionado con el tipo de maltrato, encontrándose que los hombres son, con mayor frecuencia, responsables del maltrato físico, mientras que las mujeres lo serían de negligencia (Pillemer y Wolf, 1986; Penhale, 2003; Phillips, 2005).

Inexperiencia (falta de conocimientos y entrenamiento adecuados) en el cuidado

No se puede asumir que una persona que no tenga experiencia en el cuidado de las necesidades de otro será un buen cuidador de una persona que necesite ayuda (Henderson et al., 2002; Cohen et al., 2007). Es necesario

evaluar la posibilidad de que el cuidador presente habilidades insuficientes para el cuidado u hostilidad hacia la persona mayor (Kosberg, 1988). Los cuidadores tienden a ser en su mayoría familiares de la persona mayor cuidada y como tal, tienden a carecer de entrenamiento formal sobre habilidades para el cuidado, una cuestión que puede ser particularmente problemática cuando la persona cuidada sufre deterioro mental o físico, o exhibe comportamientos problemáticos tales como agresividad, común en personas con demencia. Debido a la falta de estas habilidades, los cuidadores pueden malinterpretar el comportamiento de la persona mayor y creer que se comporta así como represalia o porque es testarudo, pudiendo conducir estas creencias a sentimientos de frustración e ira en el cuidador. Es poco probable que estos cuidadores conozcan cuáles son las formas más efectivas para obtener el control sobre el comportamiento de la persona cuidada y podrían recurrir a medidas que implican agresividad para conseguir controlarles (Henderson et al., 2002).

Trastornos psicológicos

Aunque se ha identificado la presencia de trastornos psicológicos tales como ansiedad, demencia y especialmente depresión, como factores de riesgo asociados al maltrato a personas mayores, no se ha demostrado que un diagnóstico particular de alguno de estos trastornos conduzca directamente a un comportamiento abusivo (Tomita, 1990; Quinn y Tomita, 1997). Sin embargo, se ha sugerido que los problemas psicológicos podrían hacer más difícil para los responsables del maltrato la interacción efectiva con las personas mayores; es decir, el responsable podría tener dificultades para controlar su ira o frustración y mostrar esos sentimientos a la persona mayor. También es posible que los responsables del maltrato que experimentan problemas psicológicos tengan expectativas no realistas respecto a las capacidades de la persona mayor. La presencia de enfermedad mental, emocional o física del responsables del maltrato está asociada tanto al maltrato físico como al psicológico (Henderson et al., 2002).

Abuso de sustancias (alcohol y/u otras drogas)

Al igual que en el caso de los problemas psicológicos, se ha documentado el abuso de sustancias como un factor de riesgo que interfiere con la capacidad de regular el comportamiento de uno mismo hacia otra persona. Además, el abuso de sustancias es uno de los factores de riesgo más documentados relacionados con el maltrato a mayores (Godkin, Wolf y Pillemer, 1989). El aumento del riesgo asociado al abuso de sustancias podría estar causado por el coste de mantener un hábito como el alcohol o las drogas; es decir, este coste podría ser un estresor adicional. Además, el mantenimiento de este hábito podría tener prioridad para ellos con respecto a proporcionar a la persona mayor las condiciones necesarias. Ciertamente, el consumo de alcohol o de drogas podría deteriorar el juicio de una persona y disminuir su nivel de inhibición, y esto podría dar como resultado un aumento de la incidencia del maltrato, intencional o no (Henderson et al., 2002). Debido a este abuso de sustancias, la persona puede no ser consciente de las consecuencias que tiene un mal cuidado o puede tener juicios y percepciones distorsionadas (Wolf et al., 1982). Por otro lado, un problema de alcoholismo podría dar lugar también a sentimientos negativos hacia la persona mayor (Kosberg, 1988).

Sentimientos negativos

La presencia de sentimientos negativos, como la ira, la hostilidad o el resentimiento, como consecuencia de determinadas características de la situación (Adelman et al., 1998; Shaffer, Dooley y Williamson, 2007) también pueden aumentar la probabilidad del maltrato (Pérez-Rojo et al., 2005; Pérez-Rojo et al., 2008; Pérez-Rojo et al., en prensa; Jayawardena y Liao, 2006; Pillemer, 2005).

Estrés y sobrecarga

El estrés y la sobrecarga son considerados factores de riesgo por diferentes autores (Hudson, 1986; Jayawardena y Liao, 2006; Oh et al., 2006; Cohen et al., 2007) aunque otros no encuentran esa relación (Reis y Nahmiash, 1995; Pillemer, 2005). En muchos casos los cuidadores experimentan la tarea del cuidado como una carga adicional a su ya estresante vida; el estrés laboral, su papel como padres, problemas de salud y presiones económicas son algunos de los otros estresores que los cuidadores podrían experimentar. No obstante, aunque la mayor parte de los cuidadores están estresados y/o sobrecargados, sólo una mínima parte maltrata a la persona mayor a la que cuida.

Dependencia

La dependencia económica o para el alojamiento de la persona mayor, ha sido frecuentemente relacionada con la probabilidad de maltrato hacia las personas mayores (Henderson et al., 2002; Pillemer, 2005; Jayawardena y Liao, 2006; Oh et al., 2006; Baker, 2007). La dependencia típicamente económica del responsable del maltrato respecto a la persona mayor está más asociada al maltrato físico, psicológico y al abuso económico que a la negligencia (Pillemer, 1985; Wolf y Pillemer, 1989), puesto que esta dependencia podría provocar en el responsable del maltrato sentimientos de frustración, ira e impotencia (Henderson et al., 2002). La dependencia del responsable del maltrato respecto a la persona mayor también puede abarcar la dependencia emocional y para el alojamiento como se ha mencionado anteriormente. Si el comportamiento abusivo surge como consecuencia de la avaricia, el resentimiento o la ira, es necesario que se explore la posibilidad de la dependencia por parte del responsable (Kosberg, 1988). Generalmente se ha asumido que es la dependencia de la víctima, no la del responsable del maltrato la que determina la vulnerabilidad de la persona mayor hacia el maltrato. Sin embargo, parece que esto suele ser cierto en casos de

negligencia, en los cuales, el cuidado es visto por el cuidador como una obligación no deseada (Henderson et al., 2002).

Problemas económicos

Se ha encontrado que las frustraciones por desempleo están relacionadas con el maltrato de un familiar. De igual forma, se debe estar alerta ante la posibilidad de que una persona perciba a la persona mayor como la responsable de los limitados recursos económicos de los que dispone (Kosberg, 1988; Kosberg y Nahmiash, 1996).

Otras características

Determinados sentimientos presentes en el responsable del maltrato que le llevan a culpar a la persona mayor de la situación podrían provocar que dirigiera su ira hacia ella (Sengstock y Hwalek, 1987; Quinn y Tomita, 1997; Oh et al., 2006). Que no comprenda las necesidades y los problemas físicos y emocionales de otros, podría dar como resultado que no fuera capaz de proporcionar las atenciones necesarias a una persona mayor (Sengstock y Hwalek, 1987; Block y Sinnott, 1979; Quinn y Tomita, 1997; Kosberg, 1988; Oh et al., 2006). Que el responsable del maltrato no mantenga expectativas realistas respecto a una persona mayor, pueden incrementar el riesgo de maltrato. Estas expectativas erróneas pueden conducir a la desilusión, la ira o frustración y posiblemente al comportamiento abusivo (Kosberg, 1988). Es más, algunas personas son bastante críticas con otras y pueden no tener paciencia (Sengstock y Hwalek, 1987). Estas personas podrían no ser buenos candidatos para tratar con personas mayores dependientes y enfermas.

2.1.3. Factores de riesgo presentes en el contexto de la situación

Las siguientes características necesitan ser valoradas en el contexto de la situación del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito comunitario ya que se han identificado como factores de riesgo.

Ayuda formal e informal recibida

Las personas, que cuidan a personas mayores, que menos ayuda reciben, presentan mayor riesgo de maltrato que los que reciben más ayuda formal o informal (Pérez-Rojo et al., 2005; Pérez-Rojo et al., 2008; Pérez-Rojo et al., en prensa). Si no tienen a otros familiares disponibles para ayudarles en el cuidado de un pariente mayor o para proporcionarles un respiro periódico, la carga total de la responsabilidad debe ser asumida por ellos. Las implacables y constantes demandas resultantes del suministro de cuidado podrían sobrecargar al cuidador y dar como resultado un cuidado abusivo o ineficaz (Wolf y Pillemer, 1989; Kosberg y Nahmiash, 1996; Oh et al., 2006).

Historia de violencia familiar

En algunos casos en los que las personas mayores han sido responsables de conductas abusivas hacia familiares en el pasado pueden recibir un tratamiento similar cuando muestran un aumento del deterioro y de la dependencia (Sengstock y Hwalek, 1987; Baker, 2007). Además, se ha encontrado que los hijos que han sido maltratados de pequeños, al ser adultos presentan riesgo de convertirse en responsables de maltrato (Sengstock y Hwalek, 1987). El maltrato que ellos inflijan puede ser una venganza deliberada, una conducta aprendida o el resultado de una hostilidad inconsciente (Kosberg, 1988).

Aislamiento

La falta de contactos informales y/o formales, es decir, el aislamiento social, tanto en el responsable del maltrato como en la persona mayor aumenta la probabilidad de maltrato (Baker, 2007). El aislamiento social es un factor de riesgo significativo que se ha sugerido como una de las razones principales por las que las víctimas son difícilmente detectadas. Muchas personas mayores permanecen aisladas debido a enfermedades físicas o mentales, o como consecuencia de la pérdida de amigos y familiares. Las personas que son maltratadas normalmente tienen menos contactos sociales que las que no lo son. El aislamiento social es más probable que ocurra en casos de negligencia y de abuso económico que en casos de maltrato físico o psicológico y, el aislamiento geográfico del responsable del maltrato o de la persona mayor aumenta la probabilidad de que ocurra el maltrato. Además, si el responsable del maltrato no tiene contactos informales o formales con amigos, familiares, compañeros de trabajo, organizaciones o asociaciones podría estar aislado de otras personas con las que poder hablar de su situación, de los problemas que le acarrea o para recibir apoyo emocional, etc.

Aunque el aislamiento en sí mismo no es causa de conducta abusiva, las familias en las que los miembros están aislados unos de otros colocan a una persona mayor vulnerable en una posición invisible dando como resultado que el comportamiento abusivo pueda no ser detectado.

Conflictos familiares

El desgaste de los vínculos intergeneracionales entre padres e hijos y los conflictos maritales pueden incrementar el riesgo de maltrato (Jayawardena y Liao, 2006). Además, también se deben evitar las dificultades o problemas matrimoniales que experimenta una familia en la que se aloja a una persona mayor. El estrés y la ira resultado de los problemas maritales podrían

desbordarse y provocar como resultado el maltrato de un familiar mayor, especialmente de un suegro o una suegra (Kosberg, 1988).

Convivencia

Que el responsable del maltrato y la persona mayor vivan juntos aumenta el riesgo de maltrato (Kosberg, 1988; Pillemer, 2005; Baker, 2007). Convivir juntos implica que aumentan las oportunidades de contacto o de interacción entre ellos y, por tanto, aumenta la probabilidad de conflicto o maltrato.

Calidad de la relación entre responsable del maltrato y la persona maltratada

La calidad anterior y actual de la relación entre el responsable del maltrato y la persona mayor influye en el maltrato, siendo más probable el riesgo cuando peor es la calidad de la relación en ambos momentos (Homer y Gilleard, 1990; Glendenning, 1993; Jayawardena y Liao, 2006; Oh et al., 2006).

Vivienda compartida

El alojamiento de una persona mayor en la vivienda de una familia en la que viven muchas personas podría resultar desafortunada, no sólo para la persona mayor sino también para el resto de la familia. Se ha encontrado que el exceso de personas y la falta de intimidad conducen a conflictos intrafamiliares y pueden provocar ira, como resultado, hacia la persona mayor, quien es vista como la causa de la incomodidad (Kosberg, 1988).

Dificultades económicas

Las presiones económicas (como resultado del desempleo y de otros problemas económicos) en una familia podrían influir de forma negativa en el cuidado o en el trato dado a una persona mayor. Adicionalmente, el cuidado podría significar que una de las personas que trabajan, a menudo la hija o la nuera, tuviera que dejar de hacerlo para cuidar de la persona mayor. Por lo tanto, los problemas económicos podrían intensificarse y dar como resultado hostilidad y maltrato (Lau y Kosberg, 1979; Kosberg, 2005; Oh et al., 2006).

Deseo de institucionalización

Se debe evaluar con mucho cuidado a cualquier familia que prefiera la institucionalización de un pariente mayor a cuidarle en su propio hogar. Esto podría deberse a que la familia ya esté muy sobrecargada, o bien puede ser el reflejo de conflictos intergeneracionales antiguos. Idealmente, la motivación de las familias para cuidar de parientes mayores debe estar basada en un compromiso real. El cuidado debe ser proporcionado voluntariamente, sin presiones por parte de los profesionales (Kosberg, 1988).

2.2. Consecuencias del maltrato hacia las personas mayores

Al igual que es importante conocer los factores de riesgo que pueden asociarse al maltrato de manera que sea posible detectar personas en riesgo, también es fundamental conocer las posibles consecuencias que pueden aparecer como resultado del maltrato.

El maltrato, en general, normalmente no se resuelve de forma espontánea. Las situaciones de maltrato suelen ser repetitivas y tienden a

continuar a menos que se produzca un cambio importante en el entorno, a través de algún tipo de intervención.

Recientes investigaciones han mostrado que el maltrato hacia las personas mayores puede tener un impacto perjudicial sobre ellas, tanto en términos de problemas de salud física como psicológica, a corto y a largo plazo. Los estudios han mostrado que las víctimas sufren con frecuencia signos físicos como moratones, cortes, lesiones, úlceras por presión, malnutrición y mortalidad (Yan y Tang, 2004; Bomba, 2006; Baker, 2007; Sasaki et al., 2007). Si bien, el impacto físico del maltrato es claramente dañino, su impacto psicológico no es menos perjudicial. En este sentido, se ha encontrado que las personas mayores maltratadas es más probable que estén deprimidas y se perciban a sí mismas con una mala salud física y emocional (Yan y Tang, 2004). Otras de las consecuencias psicológicas informadas por la persona mayor con frecuencia incluyen aislamiento, miedo, ansiedad, tristeza, pena, sentimientos de inseguridad, de culpa y vergüenza, impotencia, negación, indefensión aprendida, apatía, malestar psicológico, ira, desilusión, falta de valor, delirios, miedo a que el maltrato vuelva a ocurrir, síndrome de estrés post-traumático, etc. (Yan y Tang, 2004; Oh et al., 2006; Baker, 2007; Cohen et al., 2007). También es posible la presencia de consecuencias sociales como el aislamiento (Yan y Tang, 2004).

Algunos investigadores han diferenciado las consecuencias en función del tipo de maltrato que sufra la persona mayor. Por ejemplo, Comijs et al. (1998) señalan que algunas de las personas mayores que experimentan maltrato físico y psicológico reaccionan también agresivamente, mientras que las que experimentan únicamente maltrato físico tienden a mostrar miedo. El maltrato psicológico, por su parte, puede producir en la persona mayor maltratada estrés emocional, mientras que la negligencia, en general, podría causar desorientación, deterioro de la memoria, agitación, letargia y autonegligencia. Así, una persona mayor que sufra negligencia psicológica podría mostrar resignación, miedo, depresión, confusión mental, ira,

ambivalencia, ansiedad, baja autoestima, ideaciones suicidas, trastornos del sueño y estrés (Adelman et al., 1998; Strasser y Fulmer, 2007).

Resumen

El capítulo se centra en la descripción y análisis de los factores de riesgo asociados al maltrato hacia las personas mayores y en sus consecuencias. Las ideas principales de este capítulo son seis.

En primer lugar, el hecho de identificar factores de riesgo permitiría la detección de posibles situaciones de maltrato y la intervención precoz en estas situaciones. En segundo lugar, las dificultades relativas a la investigación en este tema también han afectado al análisis de los factores de riesgos encontrando, en algunos casos, resultados contradictorios como, por ejemplo, el hecho de que la persona mayor esté en una situación de dependencia. En tercer lugar, es importante tener en cuenta que el maltrato no es el resultado de la presencia de un único factor, sino de la combinación de factores de diferente naturaleza. Es decir, se trata de un fenómeno multifactorial.

En cuarto lugar, la presencia de uno o más factores de riesgo no puede conducir, de manera directa a la confirmación de un caso de maltrato. Estos factores de riesgo deben ser tomados en cuenta como señales de alerta ante las cuales será necesaria la realización de una evaluación pormenorizada no sólo de la persona mayor, sino también del posible responsable del maltrato y del contexto de la situación para poder confirmar la existencia o no de un caso de maltrato. En quinto lugar, los factores asociados al maltrato en el ámbito comunitario se pueden agrupar en función de si están presentes en la persona mayor (sexo, trastornos psicológicos, deterioro cognitivo, etc.), en el responsable del maltrato (sexo, trastornos psicológicos, dependencia, etc.) o en el contexto de la situación (convivir juntos, ayuda recibida, etc.).

Finalmente, se hace referencia a presencia de consecuencias de diversa índole: físicas, psicológicas y sociales, que tienen lugar como respuesta a las situaciones de maltrato.

CAPÍTULO 3

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

3.1. Dificultades generales en la detección de maltrato

La detección y la intervención efectiva con personas mayores que han sido maltratadas y/o sufrido negligencia es problemática debido a que el maltrato continúa siendo un problema oculto, que ocurre con mayor frecuencia dentro de la privacidad del ámbito doméstico y, en la mayoría de los casos, ocasionado por familiares. Además, tanto la persona mayor maltratada como el responsable del maltrato se pueden sentir avergonzados de los comportamientos abusivos y ésta, es una de las razones por las que ocultan los incidentes. Las víctimas con frecuencia no quieren informar de los incidentes de maltrato y se resisten a que se persiga a la persona que les maltrata por temor a perder su único apoyo social, especialmente si la persona que les maltrata es un familiar, a ser forzado a ingresar en una institución o a ser objeto de futuras venganzas por parte de la persona que los maltrata (Kosberg y García, 1995; Choi y Mayer, 2000).

Por un lado, la presencia de barreras que dificultan la detección, presentes en todos los posibles actores sociales, como el deterioro cognitivo de la posible víctima y su enfermedad y el resultado de su falta de cooperación, podrían interferir en la identificación y confirmación del maltrato o negligencia. Por otro lado, debido a su deterioro cognitivo, enfermedad y/o depresión, las personas mayores que son maltratadas o sufren negligencia se pueden implicar en conductas autonegligentes y amenazar sus vidas o su seguridad haciendo difícil separar el maltrato y negligencia por parte de otros del cometido por ellas mismas. Incluso las personas mayores que mantienen intactas sus facultades mentales con frecuencia no son conscientes de que pueden estar experimentando maltrato, ni de los recursos que tienen a su disposición para evitarlo (Choi y Mayer, 2000).

También la falta de concienciación y sensibilización con respecto al tema y la dificultad para diferenciar en algunos casos entre posibles signos de

maltrato y consecuencias del proceso normal del envejecimiento son factores que dificultan su detección.

Además, el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores abarca, como vimos anteriormente, una amplia variedad de formas, tales como maltrato físico, sexual, psicológico, económico, negligencia pasiva o activa, abandono, violación de derechos, etc, requiriendo diferentes estrategias de detección e intervención. Algunas formas de maltrato y negligencia, incluso, podrían carecer de signos externos y su efecto podría no ser inmediato.

Finalmente, la falta de una definición universal para abordar este problema, la insuficiente formación de los profesionales y la escasa cooperación multidisciplinar en el abordaje de este fenómeno son también barreras para una detección e intervención efectiva.

3.2. Barreras para informar del maltrato

A pesar de la información disponible sobre los factores de riesgo de maltrato a personas mayores, existen muchas barreras que obstaculizan la identificación de estas situaciones. Estas barreras se han agrupado en barreras presentes en la persona mayor, en el responsable del maltrato, en familiares, amigos y vecinos, en los profesionales, barreras socioculturales y estructurales. A continuación se presenta una descripción de las barreras principales de cada tipo.

3.2.1. Barreras presentes en la persona mayor

Entre las posibles barreras relativas a la víctima de maltrato se puede destacar la negación, al no admitir lo que está ocurriendo o al querer proteger al posible responsable del maltrato de consecuencias negativas. La

dependencia de otra persona para necesidades básicas, dependencia económica o para el alojamiento, dependencia emocional y el aislamiento pueden actuar como barreras. También actuarían como barreras la presencia de determinados sentimientos como el miedo (por ejemplo, a las represalias por parte del posible responsable del maltrato, a la institucionalización, a perder el contacto con el familiar y/o a dañar la relación familiar, a perder su casa y su independencia, a ser abandonado), la culpa y la vergüenza de contar a alguien que un familiar le está maltratando.

El sistema de creencias mantenido por la persona mayor puede actuar como barrera para la detección. Por ejemplo, pensar que nadie puede ayudarle; asumir que merece ser tratado de esa forma; creer que es un problema familiar y, por tanto, se debe resolver de forma interna sin que se involucren “extraños”; pensar que no le van a creer; creer que el maltrato y/o la negligencia que está experimentando es un comportamiento normal; tener la expectativa de que aunque, lo cuente, nada va a cambiar la situación que está viviendo; que la situación acabará pronto, especialmente si el responsable del maltrato ha prometido que no va a volver a ocurrir o pensar que no puede confiar en nadie. Son barreras para reconocer y hacer manifiesta la situación de maltrato.

También actúan como barreras la presencia de deterioro del estado de salud o cognitivo en la persona mayor, el desconocimiento acerca de la situación y de los servicios que tiene a su disposición y de sus derechos y de la gravedad de la situación.

3.2.2. Barreras relativas a los responsables del maltrato

Son varias las formas en las los responsables del maltrato pueden obstaculizar el reconocimiento de la situación. Entre ellas, al igual que en el caso de la persona mayor, es frecuente la negación del maltrato por miedo a

posibles consecuencias negativas. Es también habitual en casos de maltrato que, una vez confirmado, el responsable muestre resistencia a la puesta en marcha de intervenciones. Asimismo, puede producirse la oposición por parte del responsable a que un profesional evalúe a la posible víctima en privado. Además, generalmente el responsable aísla a la víctima para evitar que alguien pueda descubrir lo que está ocurriendo.

3.2.3. Barreras relativas a familiares, amigos y vecinos

Una barrera habitual es el desconocimiento de la situación de maltrato, que impide, obviamente, su detección. Además, puede ocurrir que la persona que observa una posible situación de maltrato no sepa con quién hablar o dónde dirigirse para informar de ello. También podría darse el caso de que no desee ser involucrado o que la propia víctima haya pedido que no informe a nadie.

3.2.4. Barreras socioculturales

La principal barrera sociocultural que puede dificultar la detección del maltrato y/o la negligencia hacia personas mayores es el edadismo. Debido a estas actitudes negativas hacia las personas mayores, sus derechos se consideran menos importantes que los de otros miembros de la sociedad “más productivos”, a la vez que se las percibe como personas con menos valor. De esta forma, se tiende a infravalorar el impacto de las situaciones de maltrato a personas mayores. Relacionado con ello, la falta de concienciación y de sensibilización sobre el maltrato hacia las personas mayores actúa también como una barrera que impide su detección.

Cabe señalar, para finalizar, que una misma situación puede ser percibida de formas distintas, por ejemplo, que alguien grite a una persona

mayor, puede ser considerado bien como una forma de maltrato o como una forma de interacción habitual entre ellos.

3.2.5. Barreras relativas a los profesionales (del ámbito sanitario, servicios sociales, banqueros, etc.)

El desconocimiento general sobre el maltrato, en aspectos tales como las tasas de prevalencia, las señales de alerta, los aspectos legales, etc., la carencia de experiencia con este grupo de población y el desconocimiento concreto de las pautas de actuación, así como la ausencia de protocolos para la evaluación, detección y confirmación de casos de maltrato, constituyen una importante barrera para la detección.

También algunos sentimientos de los profesionales pueden actuar como obstáculos para la detección. Por ejemplo, el temor a que la persona mayor pueda perder la confianza en ellos desde el momento en que lo cuenten o a que cualquier acción que lleven a cabo sea difícil de manejar (Oh et al., 2006). De igual manera, el miedo a que hacer visible la situación provoque mayor daño en la persona mayor, por ejemplo, debido a que el responsable tome represalias contra ella, o incluso a que, a pesar de que los profesionales informen de la situación, la persona mayor y/o el responsable del maltrato puedan negarlo. Los profesionales pueden no querer involucrarse en la situación para evitar interferir, por un lado, en las relaciones familiares entre la persona mayor y el responsable del maltrato y, por otro lado, en su relación profesional tanto con la persona mayor como con el posible responsable del maltrato.

Cuestiones relativas a la falta de tiempo y de privacidad con la persona mayor durante las visitas al médico, pueden provocar que los signos o síntomas del maltrato y/o la negligencia puedan ser difíciles de detectar, ya que

muchos de ellos, en ocasiones, son erróneamente atribuidos a cambios asociados al envejecimiento o a enfermedad física y/o mental.

Finalmente, determinadas creencias pueden dificultar la detección. Así, la creencia en la naturaleza inviolable de la unidad familiar y las dificultades para la obtención de datos sobre cuestiones tan delicadas y el nihilismo terapéutico serían algunas de las creencias que podrían obstaculizar la detección.

3.2.6. Barreras estructurales

Por último debe hacerse mención a las denominadas barreras estructurales que dificultan la detección del maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores y que consisten básicamente en la falta de recursos personales, económicos y de servicios y, a la falta de concienciación y sensibilización por parte de la sociedad y las instituciones, etc.

3.3. Conductas de la persona mayor y del responsable del maltrato como indicadores de posible maltrato y/o negligencia

Determinados comportamientos o conductas, tanto por parte de la posible víctima, como del posible responsable del maltrato, así como también en la interacción entre ambos se han identificado como indicadores de posible maltrato. Tales indicadores serían objetivo de evaluación de cara a la posible detección de maltrato. Entre las conductas a observar en la persona mayor (posible víctima) se podrían incluir, que muestre temor hacia un familiar, que esté ansiosa, deprimida o tenga ideas suicidas, que se niegue a responder cuando se le pregunte, o que antes de responder mire a la persona que se encuentra con ella para saber cómo responder. También sería conveniente estar alerta si expresa sentimientos de soledad o manifiesta carecer de amigos,

familia, dinero, de forma de transporte, etc, o si se refiere a alguna persona cercana a ella como una persona “con genio” o frecuentemente “enfadada”, o si muestra respeto continuo hacia la misma. Ser “propenso” a tener accidentes, realizar frecuentes visitas a urgencias, a la consulta del médico o al hospital, cambios en su comportamiento cuando una persona entra o sale de la habitación, no seguir el tratamiento prescrito o presentar moratones o úlceras en diferentes estadios de curación (Barbero et al., 2005) también son indicadores a tener en cuenta.

Entre las conductas del posible responsable del maltrato ante las que se debe estar alerta se incluye la excesiva preocupación por los costes de necesidades de la persona mayor (por ejemplo, radiografías, audífonos, etc.) o por un problema particular de la persona mayor más que por su salud en general. El intento de evitar la interacción en privado entre el profesional y la persona mayor o de que se proporcionen los servicios necesarios a la persona mayor (por ejemplo, visita al domicilio de una enfermera o un fisioterapeuta) será otro aspecto a observar. También será indicativo de sospecha que el responsable del maltrato mantenga expectativas no realistas hacia la persona mayor, o que carezca de conocimientos sobre el proceso “normal” de envejecimiento y los cuidados médicos necesarios para la persona mayor (administración correcta de los medicamentos, por ejemplo). El estrés, no estar satisfecho con tener que convivir con la persona mayor o con tener que cuidar de ella y que olvide las citas de la persona mayor con el médico serían otros posibles signos de maltrato. Por último comportamientos como mostrar determinadas actitudes o sentimientos hacia la persona mayor (por ejemplo, ira, falta de respeto, impaciencia), escaso autocontrol, estar a la defensiva, mostrarse extremadamente protector o “controlador”, ser verbalmente abusivo o extremadamente atento o encantador con la persona mayor o el profesional (Kosberg, 1998), insistir en contestar a las preguntas que se le realizan a la persona mayor o intentar convencer a los profesionales de que ésta no es competente o está “loca”, así como rechazar facilitar información a los profesionales o distorsionar la información o mostrarse evasivo (Kosberg, 1998) deberían ser considerados como posibles indicadores de una situación abusiva.

Además, es importante tener en cuenta conductas que están presentes en ambos (víctima y responsable del maltrato). Así, que cuenten historias incongruentes, contradictorias o extrañas acerca de cómo ha ocurrido un determinado hecho, que se produzcan largas demoras entre el momento en que se produce la lesión y la búsqueda de tratamiento para la misma, que cualquiera de los dos muestre un deterioro reciente en la salud o que presenten problemas psicológicos (por ejemplo, depresión) pueden servir como señales de alerta. En este mismo sentido, la interacción entre el posible responsable de maltrato y la persona mayor debe ser evaluada como potencialmente indicativa de maltrato si existe una relación conflictiva entre ambos, o el posible responsable de maltrato se muestra hostil, enfadado/a, impaciente o indiferente hacia la persona mayor o utiliza con ella un tono de voz brusco o áspero. Además, que la persona mayor esté agitada o demasiado tranquila y pasiva en presencia de la persona que puede ser responsable de maltrato, o que la relación entre ambos sea de indiferencia mutua también serían señales de alerta.

3.4. Detección del maltrato en el ámbito sanitario

A pesar de las dificultades que existen para llegar a identificar los casos de maltrato hacia las personas mayores, la detección del mismo es decisiva para poder llevar a cabo o proponer algún tipo de intervención. Los profesionales de atención directa a personas mayores, principalmente los profesionales de la salud, resultan ser claves en esta detección. Los profesionales sanitarios se encuentran en una posición única desde la que identificar e intervenir en estas situaciones. La tarea de detección del maltrato por parte de Atención Primaria puede ser facilitada si se dispone de un instrumento adecuado con el que los profesionales puedan evaluar rápidamente la existencia de sospecha de maltrato.

Muchos aspectos del maltrato a personas mayores podrían ser objeto de detección sanitaria tradicional porque, considerado como problema de salud, es prevalente, causa morbilidad y mortalidad, y parece que, con frecuencia, es ocultado durante la consulta. Pero comparado con otras enfermedades y situaciones, su detección es más problemática, ya que es probable que algunas personas mayores no deseen ser vistas como víctimas de maltrato. Además, los “verdaderos positivos” no se definen bien mediante pruebas diagnósticas o criterios establecidos, como sucede en otras situaciones o enfermedades.

3.4.1. Instrumentos para la evaluación del maltrato hacia las personas mayores

Los instrumentos de filtrado o cribado (*screening*) y de evaluación del maltrato hacia las personas mayores tienen un papel importante en áreas clínicas y de investigación. El filtrado es importante porque, esta forma de maltrato, igual que el maltrato doméstico a otros grupos de población, es con frecuencia un problema oculto e identificarlo es el primer paso para poder intervenir a fin de promover la seguridad y el bienestar de esas personas. A diferencia del maltrato infantil, donde los signos de negligencia y maltrato físico son casi siempre indicadores de un problema, en personas mayores podrían confundirse con cambios normales asociados al envejecimiento o síntomas y signos de una enfermedad, lo que añade dificultad a la evaluación y detección del mismo (Fulmer, Guadano, Dyer y Connolly 2004). Además, pocos instrumentos de evaluación de este tipo de maltrato son aceptados universalmente y en la mayoría no se ha comprobado su fiabilidad y validez. No hay instrumentos con un alto índice de sensibilidad y especificidad válido para la detección de maltrato (Reis y Nahmiash, 1995), ni evidencia que pruebe la eficacia de ninguno de los métodos utilizados hasta ahora.

La carencia de un instrumento diagnóstico suficientemente sensible y específico dificulta la comparación de los datos obtenidos en diferentes

estudios. Además, en muchas ocasiones, los diagnósticos son sólo de sospecha de maltrato, sin la posterior confirmación, aunque esta condición no se especifique. La falta de instrumentos estandarizados y validados convierte al maltrato en un hecho primordialmente observacional. De esta forma, aunque los cuestionarios de cribado y las guías de valoración son útiles para los clínicos, la complejidad del fenómeno es tal que, tras la aplicación del instrumento de cribado debería llevarse a cabo la confirmación de la sospecha como un juicio clínico multidisciplinario, producto del análisis de la información recogida por el equipo asistencial en su conjunto (médico, enfermero, trabajador social), a partir de la persona mayor, del posible responsable, del contexto de la situación y del resto de personas implicadas en la situación.

Existen diferentes tipos de instrumentos de cribado. En primer lugar, unos tienen como objetivo preguntar directamente a la persona mayor para descubrir conductas abusivas por parte de otra persona, si es que éstas se han producido. Cuando se pregunta a la persona sobre conductas abusivas específicas, la tasa de casos descubiertos tiende a aumentar. No obstante, aunque se realicen preguntas directas en un ambiente de confianza, sólo algunas personas mayores que estén siendo maltratadas lo revelarán (Cohen et al., 2007). En segundo lugar, otros instrumentos de cribado comprueban la existencia de signos evidentes de diferentes tipos de maltrato, como moratones, falta de higiene, etc., aunque hay que tener mucha cautela al utilizar estos cuestionarios ya que, en la vejez, los signos de maltrato son con frecuencia difíciles de distinguir de los síntomas de enfermedad. Esto es especialmente cierto en el caso del maltrato psicológico donde los signos de maltrato como la apatía, la depresión y el miedo son congruentes con las reacciones de las personas mayores a la pérdida, la enfermedad o el deterioro cognitivo (Cohen et al., 2007). Finalmente, existen instrumentos de cribado que pretenden identificar factores de riesgo, aunque el problema con este enfoque es que muchas personas mayores maltratadas no cumplen los criterios de riesgo, mientras otras que presentan un alto riesgo podrían no estar siendo maltratadas (Cohen et al., 2007). En resumen, el uso de los instrumentos de cribado debe ir dirigido únicamente hacia la detección de la sospecha de

maltrato, ya que para confirmar la existencia del mismo es necesaria la realización de una evaluación más pormenorizada.

En la actualidad, respecto a los instrumentos de cribado, se está planteando quizás la cuestión más importante respecto a si son útiles y si deben utilizarse. Existen dos posturas contrarias respecto a la utilización de instrumentos de cribado para la detección del maltrato hacia las personas mayores. Los defensores de una de las posturas sugieren que se apliquen a todas las personas mayores y se recomienda especialmente a los médicos, que realicen de forma sistemática preguntas directas acerca del maltrato. Esta postura ha sido apoyada entre otros por la Asociación Médica Americana (AMA). En la actualidad sólo una pequeña proporción de profesionales preguntan de forma rutinaria sobre el maltrato, a no ser que existan signos o síntomas claros. Esto puede conducir a no detectar precozmente la violencia doméstica y a no poder intervenir con rapidez (Rodriguez, Bauer, McLoughlin y Grumbach, 1999). Desde esta postura, se subraya que los signos clínicos de maltrato pueden ser sutiles y que si los profesionales se limitan a preguntar sólo ante casos sospechosos, podrían ignorarlos (Ferris, Nurani y Silver, 1999). El apoyo a esta perspectiva se ve reforzado por estudios realizados sobre prevalencia y por la alta tasa de casos no informados de maltrato (Ferris et al., 1999).

Sin embargo, entre los que defienden la postura contraria, señalan que no existe suficiente evidencia -ni a favor ni en contra- que permita afirmar que los instrumentos de cribado para la violencia familiar en personas de cualquier edad sean eficaces (Lachs y Pillemer, 2004). Esta postura es apoyada por el Grupo de Medicina Preventiva de Estados Unidos (US Preventive Service Task Force, 2004) y por investigadores canadienses (Canadian Task Force, 2004). Los argumentos empleados para no recomendar tales instrumentos se basan, en la inexistencia de técnicas efectivas de cribado para el maltrato hacia las personas mayores, en la falta de evidencia que demuestre que el cribado rutinario permite una mayor confirmación de casos de maltrato y en que, aunque existieran estrategias de cribado efectivas, ningún estudio ha

demostrado que la intervención en los casos identificados consiga mejoras (Lachs y Pillemer, 2004). Lachs (2004) sugiere que no se pueden utilizar los instrumentos de filtrado de maltrato con el mismo objetivo que los utilizados para diagnosticar enfermedades, ya que el maltrato engloba una interacción compleja entre factores médicos, sociales y psicológicos. Pillemer et al. (2007) señalan que los instrumentos de filtrado no parecen tener un potencial significativo para la prevención del maltrato hacia las personas mayores en el momento actual. Además, señalan que si el instrumento de filtrado identifica de forma incorrecta a una persona mayor e indica que presenta riesgo alto, puede ser objeto de una investigación invasiva y se la puede etiquetar como “persona mayor maltratada” y a otra persona, como responsable de maltrato. Por tanto, aunque la identificación precoz de las personas mayores maltratadas sea deseable, lo prudente sería esperar a tener resultados más definitivos antes de promocionar la utilización de los instrumentos de filtrado a gran escala (Pillemer et al., 2007).

Fulmer y O'Malley (1987) propusieron en su momento una solución razonable que ha sido recientemente apoyada por Pillemer et al. (2007). Estos mismos autores sugieren que el mejor papel de los instrumentos de filtrado es aumentar la sensibilización de los profesionales ante el maltrato hacia las personas mayores, de manera que estén alerta ante signos y síntomas que de otra forma podrían ser pasados por alto. De esta forma, antes que confiar en una estrategia específica de filtrado o en un algoritmo clínico, debería formarse a los profesionales para aumentar su concienciación respecto al maltrato hacia las personas mayores incorporando la formación sobre la detección general del maltrato hacia las personas mayores dentro de la formación médica o de otras

Por tanto, es necesario que los instrumentos de cribado reúnan una alta sensibilidad y especificidad, si lo que se pretende es determinar sólo con la aplicación de un cuestionario, en ocasiones muy breve, a la persona mayor, si ésta está siendo o no maltratada. Por el contrario, si lo que se pretende es conocer únicamente la presencia de sospecha de maltrato tras la aplicación de un instrumento la cuestión de la sensibilidad y la especificidad no sería determinante. Entre los instrumentos de filtrado que existen pueden destacarse

el Instrumento de Evaluación de la Persona Mayor (Elder Assessment Instrument, EAI) (Fulmer et al., 1984), el Instrumento Breve de Cribado sobre Maltrato a las personas mayores (Brief Abuse Screen for the Elderly, BASE) (Reis y Nahmiash, 1998) y el Instrumento de Screening para Maltrato a Personas Mayores de Hwalek-Sengstock (Sengstock y Hwalek, 1987), los cuales se han analizado por sus características psicométricas (Tabla 2). En los instrumentos existentes, algunos de los indicadores de maltrato son demasiado generales (por ejemplo, que el cuidador familiar parezca sospechoso) o consisten en características conductuales del maltrato real (por ejemplo, no buscar ayuda para la persona mayor; Sengstock y Hwalek, 1987). Entre los pocos instrumentos para detectar el riesgo de maltrato que han experimentado un proceso de validación está el Índice de las Consecuencias del Cuidado de Kosberg (1988). Este instrumento puede identificar a los cuidadores familiares que tienen dificultades mentales y físicas para asumir la carga del cuidado.

Las herramientas de cribado pueden tener diversas limitaciones. Por ejemplo, algunas de ellas están desarrolladas para propósitos de investigación, tienen poca eficacia en ámbitos clínicos, sus índices de sensibilidad y especificidad no están del todo estudiados, o los profesionales no los emplean porque son demasiado extensos, su vocabulario no es adecuado, o están diseñados para su empleo en el domicilio. Los requerimientos para una herramienta de detección son por tanto elevados: debe ser práctica, fácil y rápida de realizar, con una redacción apropiada y clara, que se adapte a los diferentes contextos, y debe mostrar un alto índice de sensibilidad en caso de que se pretenda utilizar su puntuación como la clave del diagnóstico o confirmación de maltrato.

Sin embargo, las herramientas de cribado no son suficientes por sí solas. Para que los profesionales puedan emplearlas, necesitan conocer el problema y sus consecuencias y tener acceso a estrategias para intervenir y alcanzar resultados positivos en las personas. Para terminar, además de todo lo anterior, hay otros obstáculos que los profesionales deben superar para detectar maltrato a personas mayores como son la falta de concienciación

sobre el problema, el insuficiente conocimiento sobre cómo identificar o hacer un seguimiento de un posible caso de maltrato, aspectos éticos, falta de tiempo y el hecho de que el paciente pueda ser reacio a informar de su situación. Es por tanto crucial no sólo aumentar la concienciación entre los profesionales, especialmente de Atención Primaria, sino también ofrecer suficiente formación y estrategias de actuación para permitirles reaccionar de manera apropiada cuando una persona esté en riesgo de ser víctima de maltrato o negligencia.

Para la realización de este proyecto se decidió adoptar el *Índice de Sospecha de Maltrato en Personas Mayores* (Elder Abuse Suspicion Index, EASI; Yaffé et al, en prensa) que forma parte de un proyecto de investigación auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objetivo de realizar un estudio internacional de validación del instrumento en diferentes países, incluida España. Previamente a su utilización ha sido necesaria la adaptación cultural y lingüística del instrumento en cada país. Esto se ha realizado a través de debates de grupos focales cuyos resultados pueden observarse en la siguiente dirección

<http://www.imfersomayores.csic.es/salud/maltrato/proyecto-oms.html>.

3.4.2. El Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores

El *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores* (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) es un instrumento cuantitativo desarrollado por un equipo de investigación de la Universidad McGill, St. Mary's Hospital Centre, Centro de Salud y Servicios Sociales de René Cassin y Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital (Montreal, Canadá). El ámbito de aplicación para el que fue diseñado fue Atención Primaria. El EASI consiste en preguntas breves y directas. Concretamente incluye cinco preguntas dirigidas a la persona mayor y una al médico, que se realizan en el transcurso de cualquier encuentro paciente-médico en la consulta y que se formulan en un lenguaje accesible. Una de las preguntas está dirigida a evaluar si la persona mayor es dependiente para alguna actividad de la vida diaria básica o instrumental y las otras cuatro se centran en los diferentes tipos de maltrato: físico y sexual,

psicológico, negligencia y económico. Este instrumento es fácilmente aplicable a personas mayores de 65 años o más sin deterioro cognitivo. El EASI se diseñó no estrictamente para “detectar casos” de maltrato, sino para fomentar la sospecha de existencia de maltrato a personas mayores, con el objetivo de poder derivar estos casos a expertos comunitarios en maltrato a personas mayores, como los trabajadores sociales. Un segundo propósito es ayudar a los médicos de Atención Primaria a familiarizarse con el maltrato a personas mayores mediante el empleo continuado de un sencillo conjunto de preguntas sobre este tema. Aunque el EASI no puede garantizar la detección de abuso o maltrato a personas mayores, su aplicación ya indica que el médico es consciente del problema y, por tanto, deriva posibles casos a los servicios sociales y comunitarios.

El estilo de las preguntas EASI y su aplicación se basan en las líneas de recomendaciones de la literatura científica en relación con la evaluación de las personas mayores: realizar preguntas explícitas, centradas en el comportamiento, orientadas contextualmente en informes previos y realizar una valoración simultánea acerca de agresiones por desconocidos y maltrato por parte de familiares/cuidadores. La aplicación del EASI, en formato de entrevista, tiene diversas ventajas como permitir la valoración tanto del aspecto físico de la persona como de su conducta durante la entrevista. También permite mejorar la validez del diagnóstico clínico en comparación con otros métodos, como encuestas telefónicas, al disponer los entrevistadores de mayores vías de datos convergentes o divergentes. Finalmente, la entrevista permite mostrar apoyo a las personas que se encuentran en situación de maltrato.

Comparado con otras herramientas de detección de maltrato a personas mayores, por ejemplo el H-S/EAST (*Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*)¹ con 15 ítems originalmente, el EASI consta de menos preguntas y requiere menos tiempo de realización (dos minutos de media). Además, por lo que se refiere a la aceptabilidad del instrumento por parte de los profesionales,

¹ Véase por ejemplo http://www.elderabusecenter.org/print_page.cfm?p=riskassessment.cfm

de los 104 médicos que participaron en el proyecto, el 95,8 % valoraron las preguntas como “muy fácil” a “algo fácil”, y el 70,5 % consideraron que las preguntas tenían “bastante” o “mucho efecto” respecto al abordaje del maltrato a personas mayores.

En el estudio original de validación de este instrumento se compararon los resultados del EASI con el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (*Social Work Evaluation Form*, FETS)². Este formulario es una valoración estandarizada utilizada previamente por trabajadores sociales para evaluar en mayor profundidad a personas mayores en riesgo de sufrir maltrato de forma cualitativa y cuantitativa. Está compuesto por 67 preguntas sobre aspectos personales, familiares, de estilo de vida, condiciones de vida, relaciones, salud y economía que en la literatura se encuentran relacionadas con el maltrato hacia las personas mayores. Hay una pregunta en el cuestionario que puede considerarse el “patrón oro de diagnóstico” para comparar y validar los resultados del EASI y que registra el juicio del profesional acerca de la existencia de maltrato. Durante las tres semanas siguientes a la realización del EASI por parte de los médicos, los trabajadores sociales que participaron en el estudio aplicaron el formulario de evaluación FETS a las personas mayores. La entrevista se realizó en el domicilio de la persona mayor o en un lugar, acordado por ambas partes, que garantizase la confidencialidad. El índice de sensibilidad alcanzado por el EASI fue de 0,47 y el índice de especificidad de 0,75.

Los hallazgos de este estudio proporcionan un excelente trabajo preliminar sobre el que realizar futuras investigaciones. Dado que, el proyecto original se basó en muestras de Atención Primaria, en el contexto de una sociedad urbana occidental y, puesto que el propósito del proyecto de la OMS-Centro de Gerontología Interdisciplinar/Universidad de Ginebra era explorar las respuestas de grupos similares en otros contextos culturales y probar un conjunto de preguntas en diferentes ámbitos geográficos de todo el mundo, se realizaron estudios en otros contextos culturales. Así participantes de grupos

² Este formulario fue también desarrollado por el Instituto René Cassin.

focales en ocho países comentaron las preguntas empleadas en el estudio original que finalmente llevaron al desarrollo del EASI. Esto supuso un paso en el proceso de observación de la validez del EASI en diferentes contextos culturales y geográficos, y en la valoración de su aceptación y utilidad por parte de médicos y personas mayores fuera de su lugar de desarrollo original.

Tabla 2. Instrumentos de evaluación del maltrato hacia las personas mayores

Autores (año)	Nombre	Método	Comentarios
Instrumentos cuantitativos			
Straus M (979)	The Conflict Tactics Scale (CTS)	19 ítems. Autoinforme.	Aunque no es específico de personas mayores, se ha aplicado en diversos estudios. Evalúa maltrato físico y psicológico. Puede ser aplicado como autoinforme o en formato de entrevista. Solamente evalúa a la persona mayor. Se puede administrar en personas mayores ingresadas o no.
Ferguson y Beck (1983)	Health, Attitudes towards aging, Living arrangements and Finances (HALF)	37 ítems. Requiere entrevista y observación.	Indica la frecuencia con la que se produce una determinada situación. Requiere realizar una historia social extensa. Se puede aplicar en todos los ámbitos clínicos. Evalúa a persona mayor y cuidador.
Fulmer, et al (1984)	Elder Assessment Instrument (EAI)	Contiene 41 ítems y un comentario adicional, divididos en 7 secciones mayores. Requiere entrevista y observación.	Incluye una evaluación general de la persona mayor, evaluación física, nivel de independencia, evaluación médica. Indica la probabilidad de la presencia de cada tipo de maltrato. El profesional necesita entrenamiento para la aplicación del instrumento. Es fácil de aplicar. Es adecuado para aplicarlo en urgencias, en el hospital o en domicilio. Está disponible es castellano (Boltz, Greenberg y Melendez, 2007). Sólo evalúa a la persona mayor.
Hawlek y Sengstock (1987)	Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S EAST)	Consiste en 15 ítems, distribuidos en 3 categorías: maltrato físico, vulnerabilidad y posibles situaciones abusivas. Autoinforme.	Tras la realización de diversos análisis, se encontró que 6 de los ítems eran predictivos de la presencia de maltrato. Es fácil de aplicar y rápido. Se puede aplicar en urgencias y consultas externas. Sólo evalúa a la persona mayor.
Kosberg (1988)	Cost of Care Index (CCI)	20 ítems que evalúan cinco dimensiones. Autoinforme.	Detecta riesgo de maltrato. Este instrumento permite identificar a los cuidadores familiares que tienen dificultades mentales y físicas para asumir la carga del cuidado.

Autores (año)	Nombre	Método	Comentarios
Reis et al (1995)	Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	5 preguntas en formato de entrevista.	Es un instrumento breve que requiere un minuto para su aplicación. Para su aplicación es necesario entrenamiento previo. Está dirigido para personas mayores que tienen cuidadores. Es útil en ámbitos clínicos con poco tiempo disponible. Se puede aplicar en urgencias y consultas externas. Evalúa a persona mayor y cuidador.
Reis et al (1995)	Caregiver Abuse Screen for the Elderly (CASE)	Consiste en 8 ítems. Autoinforme.	Es un instrumento breve y rápido en su aplicación. Útil para profesionales inexpertos y en la clínica diaria. Se evalúa al cuidador.
Reis y Nahmiash (1998)	Indicators of Abuse Screen (IoA)	Consiste en 29 ítems agrupados en 3 categorías. Autoinforme.	Es una medida subjetiva que necesita ser aplicada por profesionales adiestrados, después de 2-3 horas de valoración. Se aplica en 20 minutos. Evalúa a persona mayor y cuidador. Ha sido validado para el uso de profesionales entrenados. El ámbito de aplicación no ha sido especificado. La ventaja de este instrumento está en que intenta identificar el riesgo de maltrato incluso si no ha sido informado, para evitar futuro maltrato a través de la intervención profesional. La desventaja es que se basa únicamente en indicadores.
Instrumentos cualitativos			
Rathbone-McCuan (1980)	Case Detection Guidelines	Listado de factores de riesgo y signos de maltrato.	Tiene un formato menos estructurado. La observación se realiza en el domicilio. Evalúa: indicadores físicos observables, observación conductual de la persona mayor y del cuidador y observación del contexto. Dirigido a profesionales con poca experiencia en maltrato hacia las personas mayores. Se puede aplicar en todos los ámbitos. Evalúa a persona mayor y cuidador
Johnson (1981)	Screening Protocols for the Identification of Abuse and Neglect in the Elderly	Recogida de datos que requiere de entrevista y período de observación. Se evalúan 18 áreas.	Instrumento breve. No incluye ámbito específico de aplicación. Evalúa a la persona mayor, al cuidador y la interacción entre ambos. Es una evaluación objetiva y subjetiva. La ventaja de este instrumento es que se basa en la etiología como guía para el tratamiento.
Quinn y Tomita (1997)	Harborview Medical Center Elder Abuse Diagnostic and Intervention Protocol	Guía estructurada en 111 puntos en 19 apartados.	Instrumento largo. Para evaluar el maltrato. Entrevista estructurada con la persona mayor y el cuidador. Además, se realiza una evaluación funcional, incluyendo la aplicación del Mini Mental y una evaluación de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, así como un examen físico. Una ventaja de este instrumento es que genera una imagen completa de la persona mayor, el cuidador y los aspectos concretos de la situación de cuidado.

Autores (año)	Nombre	Método	Comentarios
American Medical Association (1992)	AMA Assessment protocol	Se utiliza ante la sospecha de maltrato.	Depende de la habilidad del clínico. Se puede aplicar en todos los ámbitos. Sólo evalúa a la persona mayor.
	Evaluación Geriátrica Integral	Anamnesis, exploración física e instrumentos validados.	Es una evaluación completa. Evalúa a la persona mayor y al cuidador. Precisa de profesionales entrenados en geriatría para su aplicación. Aplicable en múltiples ámbitos.
Modelos combinados: cualitativos y cuantitativos			
Bass et al (2000)	Screen Tools and Referral Protocol (STRP) Stopping Abuse Against Older Ohioans: A guide for Service Providers	Combinación de diversos instrumentos con protocolo de derivación.	Es un instrumento complejo, combina: un instrumento de maltrato real, un instrumento de sospecha de maltrato, un instrumento de riesgo de maltrato y un protocolo de derivación. Se puede aplicar en cualquier ámbito clínico. Sólo evalúa a la persona mayor.

3.5. Evaluación del maltrato hacia las personas mayores

Como se ha comentado anteriormente, la aplicación de los instrumentos de cribado, cuando alertan de una posible sospecha de maltrato conduce a la administración de un procedimiento de evaluación que permite identificar las necesidades y riesgos de los implicados, además de confirmar o descartar la existencia de maltrato. Esta evaluación será la base también para orientar a los profesionales respecto a la puesta en marcha de intervenciones que aborden el maltrato (Penhale et al., 2000).

El proceso de evaluación debe tener en cuenta aspectos tales como, cuáles son las principales preocupaciones, problemas y necesidades, qué áreas son prioritarias, quiénes están implicados y cómo se ha llegado a tal situación (Penhale et al., 2000). Middleton (1997; citado en Penhale et al., 2000) sugiere que el proceso de evaluación incluya cuatro fases: establecer una relación con la persona a evaluar, recoger información, analizar las diferentes opciones disponibles incluyendo los aspectos positivos y negativos de cada opción, y planificar la intervención. El paso inicial para cualquier evaluación deber ser el establecimiento de la relación con la persona a evaluar, por lo que el profesional deberá utilizar una serie de habilidades específicas. Esta evaluación, generalmente, puede ser realizada en una sola sesión o de forma gradual, durante un tiempo, en función de cómo sea la relación del profesional con la familia, el nivel de cooperación que muestren las personas implicadas, si se considera que la persona mayor está en peligro, etc. En este último caso, la evaluación debe ser realizada lo más rápidamente posible, para poner en práctica las intervenciones necesarias de forma inmediata (Barbero et. al., 2005).

Es importante observar, como se ha comentado anteriormente, distintos indicadores del comportamiento y la comunicación verbal y no verbal de la persona mayor (si tiene miedo de un familiar o cuidador formal, no quiere responder cuando se le pregunta o mira a alguna persona antes de responder, si su comportamiento cambia cuando alguna persona entra o sale de la

habitación, etc.) y del posible responsable del maltrato (si presenta un alto nivel de estrés y sobrecarga, intenta evitar que la persona mayor y el profesional interactúen en privado, se muestra excesivamente preocupado por los costes de determinadas necesidades de las personas mayores, etc.), así como la interacción entre ambos (si cuentan historias inconsistentes o contradictorias ante un mismo hecho, se observa una relación conflictiva entre ambos, se muestran indiferencia mutua, etc.).

Con el fin de obtener información fiable, es fundamental realizar la evaluación en privado con la persona mayor, por un lado, y con el posible responsable del maltrato, por otro. No obstante, debería preguntarse a la persona mayor si quiere que alguien esté presente durante la evaluación. En este momento se tratarían con la persona evaluada las cuestiones referentes a la confidencialidad de la información y los límites de ésta. Además, al ser éste un tema que puede producir resistencia tanto en la persona mayor como en el posible responsable del maltrato, habrá que cuidar especialmente el modo en el que se formulan estos aspectos. Se debe, por tanto, realizar una evaluación detallada y en profundidad, que aborde diferentes áreas de funcionamiento de la persona mayor cuando existe la sospecha de un posible caso de maltrato y/o negligencia hacia ésta. Una evaluación completa incluirá un examen físico que se centre también en analizar la higiene personal de la persona y la alimentación, evaluación del estado cognitivo y de la posible presencia de problemas de comunicación, evaluación del estado emocional incluyendo la depresión, ansiedad y soledad, analizar su estado funcional y de salud y su red social. También se evaluará si estamos ante una posible situación de emergencia y cómo es el patrón de maltrato (por ejemplo, solicitándole que describa cómo es un día normal). Además, es importante analizar la capacidad de la persona mayor para protegerse a sí misma, los recursos de que dispone, así como conocer sus reacciones y sus estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles y, por supuesto, indagar en cómo percibe la propia persona mayor la situación que vive. La evaluación también debe intentar determinar quién puede estar infligiendo el maltrato (familiar, amigo, vecino, cuidador formal, profesional). De cara a la intervención es necesario evaluar si hay más

de un responsable del maltrato (Barbero et al., 2005; Adelman et al., 1998), si éste actúa con intencionalidad, si está estresado o presenta abuso de sustancias como el alcohol y/u otras drogas, enfermedad mental o física. Sería interesante conocer las responsabilidades en las que puede estar implicado el responsable del maltrato, así como la red social de la que dispone, los conocimientos y capacidades que tiene sobre el cuidado de una persona mayor y las expectativas que tiene hacia la persona mayor y hacia su propio rol. Habrá que analizar también cómo afronta las situaciones difíciles y por supuesto su estado de salud físico y emocional.

No sólo es importante evaluar aspectos relacionados con la persona mayor y con el posible responsable del maltrato, sino que también se deben evaluar aspectos relacionados con el contexto de la situación como, por ejemplo, si el responsable del maltrato recibe ayuda formal o informal, si el responsable del maltrato y la persona mayor están aisladas socialmente o si tienen dificultades económicas. También se debería analizar cómo se relacionan entre sí el responsable del maltrato y la persona mayor y cómo es, en el momento actual y en el pasado, la relación entre ambos, así como si existen crisis familiares o historia de maltrato y/o negligencia en el pasado.

En definitiva, la evaluación de todos estos aspectos se realizará a través de preguntas y de la observación de la conducta verbal y no verbal de los implicados en la situación, empezando con preguntas generales, a través de las cuales se pueda obtener información sobre el nivel de bienestar subjetivo de la persona mayor, para posteriormente, realizar preguntas más concretas y directas para la detección de los diferentes tipos de maltrato y/o negligencia (AMA, 1992). Aunque es posible que el profesional no se encuentre cómodo al tener que realizar alguna de estas preguntas es necesario realizarlas para evaluar cómo es la situación en la que se encuentra la persona mayor y el posible responsable del maltrato. Lo ideal, al igual que ocurre con la intervención, es que la evaluación sea llevada a cabo por un equipo multidisciplinar de manera que se aborden todas las áreas (aspectos médicos, sociales y psicológicos) (Penhale et al., 2000).

Resumen

Este capítulo se centra en dos aspectos fundamentales como son la detección y la evaluación del maltrato hacia las personas mayores. Al analizar el proceso de la detección del maltrato se describen, en primer lugar, las dificultades generales existentes para la realización de este proceso, debido especialmente a que el maltrato hacia las personas mayores continúa siendo un fenómeno oculto. A continuación se describen los diferentes tipos de barreras que pueden obstaculizar la detección, pudiendo estar presentes en todos los posibles actores sociales involucrados en estas situaciones.

En segundo lugar, se analizan las conductas, verbales o no verbales, que pueden ayudar a la detección del maltrato. Estas conductas pueden estar presentes en la persona mayor, en el responsable del maltrato o en la interacción entre ambos. En tercer lugar, se explica la importancia de la detección del maltrato desde un ámbito concreto, la Atención Primaria. Se hace referencia a esta área concreta debido sobre todo a la posición privilegiada en la que se encuentran estos profesionales ya que, en muchas ocasiones, son los únicos con los que la persona mayor tiene contacto.

En cuarto lugar, el capítulo se centra en una herramienta que ha demostrado ser muy útil para la detección de enfermedades físicas y psicológicas, los instrumentos de cribado. No obstante, la utilidad de éstos en el campo de la violencia familiar, planteando el mismo objetivo que ante enfermedades físicas y problemas psicológicos, no parece tan clara, ya que son realidades muy distintas. Existen dos perspectivas diferentes respecto a la utilización de los instrumentos de cribado en el maltrato hacia las personas mayores; una de ellas propone su aplicación sistemática a todas las personas mayores mientras, desde la otra se plantea su aplicación sólo en el caso de disponer de indicios significativos. Ambas perspectivas tienen sus ventajas y sus limitaciones aunque no parece que en la actualidad los expertos se decanten más por una o por otra. Independientemente de la perspectiva elegida, lo que parece claro es que el uso de estos instrumentos implica la

presencia de riesgos como el culpabilizar a las familias y a las propias personas mayores además de que los instrumentos que se utilicen deben tener unas determinadas características como que sean breves, sencillos, con vocabulario adecuado y que puedan aplicarse en diferentes ámbitos.

Todas esas características las cumple el instrumento de cribado utilizado en este trabajo, el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las personas mayores (EASI), pero, a diferencia de otros estudios en los que la aplicación de estos cuestionarios presupone confirmar la presencia de maltrato o no, el EASI tiene como objetivos detectar la “sospecha” de maltrato y que los profesionales que lo aplican se sensibilicen y conciencien respecto al maltrato a mayores.

Tras la detección de un caso de sospecha de maltrato deberá realizarse una evaluación más amplia, cuyas características fundamentales han sido descritas en este capítulo. Los objetivos de la evaluación son tres: 1) Identificar las necesidades y riesgos de los implicados, 2) Confirmar o no la existencia de maltrato y 3) Orientar a los profesionales en las intervenciones para abordar estas situaciones. Esta evaluación deberá realizarse a la persona mayor, al responsable del maltrato y al contexto de la situación.

CAPÍTULO 4
***PREVALENCIA DEL MALTRATO HACIA LAS PERSONAS
MAYORES***

4. Prevalencia del maltrato hacia las personas mayores

A pesar de que en los últimos años, se ha producido un incremento de los estudios de prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en diferentes países, los resultados de éstos sólo pueden ser utilizados como datos orientativos, y no como una estimación precisa del maltrato pues ésta todavía se desconoce. Este desconocimiento se asocia a varias causas. En primer lugar, a la carencia de una definición universal del maltrato a mayores. Sin una definición aceptada universalmente y sin un estudio adecuado y riguroso metodológicamente sobre la estimación de su prevalencia, los resultados pueden ser muy dispares. En segundo lugar, como se ha expuesto anteriormente, existen barreras que dificultan la detección de posibles situaciones de maltrato. Esto conduce a que la mayoría de casos no sean informados, lo que ha llevado a calificar el maltrato como “fenómeno iceberg” (Jayawardena y Liao, 2006). En tercer lugar, es difícil comparar y generalizar los resultados de diferentes estudios sobre prevalencia realizados debido a que los objetivos y metodologías empleados en ellos son muy distintos (Schiamberg y Gans, 2000; Lafata y Helfrich, 2001; O’Keeffe et al., 2007). La utilización de muestras no representativas, medidas no validadas ni fiables, y ausencia de grupo control son algunas de las limitaciones habituales. La variabilidad de los procedimientos empleados: en algunos estudios se pregunta a la persona mayor, en otros a los posibles responsables del maltrato, o a profesionales; las entrevistas pueden ser telefónicas, personales, por correo, etc.; y el hecho de que en muchos estudios, las tasas de prevalencia de maltrato y/o negligencia se obtienen únicamente a través de la opinión de las personas mayores son factores de confusión en cuanto a las tasas de prevalencia encontradas en diferentes estudios. Los estudios basados únicamente en la opinión de una única fuente, no siendo casos confirmados, deben tratarse como sospecha de maltrato y/o negligencia. En algunos estudios se desconoce incluso cómo se ha realizado la evaluación de la presencia de diferentes tipos de maltrato (Vida, Monks y Des Rosiers, 2002). Finalmente, en los diferentes estudios realizados no se evalúa la presencia de los mismos tipos de maltrato, sino que en algunos

sólo se incluye el maltrato físico, psicológico y la negligencia, mientras en otros, por ejemplo, se incluye también el abuso económico, etc.

Resumiendo, las dificultades de evaluación sobre un tema tan delicado y complejo son diversas y afectan de manera directa al estudio de la prevalencia de este problema, limitando, por el momento, la generabilidad de las estimaciones realizadas.

4.1. Prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en el ámbito doméstico

En el ámbito doméstico es donde se produce el maltrato hacia las personas mayores con mayor frecuencia y también es el más difícil de combatir (Oh et al., 2006). Se han realizado diferentes estudios de prevalencia, cuyos resultados muestran tasas tan dispares que abarcan entre un 1 y un 52,6% de personas mayores que habrían sufrido maltrato y/o negligencia.

Los primeros estudios sobre maltrato a mayores se realizaron en Estados Unidos. En 1979, Lau y Kosberg realizaron un estudio exploratorio con 404 personas mayores residentes en la comunidad. Encontraron que un 9,6% de la muestra mostraban síntomas de maltrato (físico, psicológico o económico), siendo el maltrato físico el tipo que se producía con mayor frecuencia, seguido del psicológico (Block y Sinnott, 1979). Además concluían que el maltrato hacia las personas mayores raramente está limitado a un único tipo. También encontraron que eran las mujeres las que con mayor frecuencia eran víctimas del maltrato (77%) y que los responsables del maltrato eran con mayor frecuencia las hijas (30%), seguidas de los hijos o nietas (14%), mientras que los responsables del maltrato con menor frecuencia eran el cónyuge o los hermanos, especialmente hermanas (12%). En ese mismo año, Block y Sinnott realizaron otro estudio y hallaron que un 4% de 73 personas mayores que entrevistaron eran maltratadas física, psicológica o económicamente, encontrando una mayor frecuencia de mujeres víctimas y

responsables del maltrato en comparación con los hombres. Como en el estudio anterior, frecuentemente estaban presentes varios tipos de maltrato de forma simultánea. Encontraron que el maltrato psicológico era más frecuente que el maltrato físico. Por su parte, Gioglio y Blakemore (1983) entrevistaron a una muestra de personas de 65 años o más, elegida al azar, que vivían en la comunidad en Nueva Jersey. De las 342 personas que participaron, el 1% admitió que estaba sufriendo algún tipo de maltrato. El tipo de maltrato más frecuentemente experimentado fue el abuso económico y el menos frecuente el físico.

Ya en 1989, Pillemer y Finkelhor identificaron la necesidad de llevar a cabo un estudio a gran escala con una muestra aleatoria para comprobar la prevalencia y naturaleza del maltrato hacia personas mayores. En el estudio participaron 2020 personas mayores, no institucionalizadas, que vivían en el área metropolitana de Boston. Se realizaron entrevistas telefónicas y personales con las personas mayores y sus allegados. Los tipos de maltrato investigados fueron:

- a. Maltrato físico: al menos un acto de violencia física contra una persona mayor.
- b. Maltrato psicológico: insultos o amenazas al menos en 10 ocasiones o más durante el año anterior.
- c. Negligencia: privación de ayuda necesaria para realizar actividades de la vida diaria en 10 o más ocasiones durante el último año.

Se encontró que un 3,2% de las personas mayores habían sufrido algún tipo de maltrato. El 2% experimentó maltrato físico; el 1,1% maltrato psicológico, definido en este estudio como agresión verbal, y el 0,4% negligencia. El 52% de las personas mayores maltratadas eran hombres. En este estudio, por tanto, el tipo de maltrato más frecuente fue el maltrato físico. La baja tasa de casos de negligencia y maltrato psicológico podría ser debida a las definiciones utilizadas. Es decir, mientras que para considerar la presencia de maltrato físico bastaba con que ocurriera una sola vez, en el caso de la negligencia o el maltrato psicológico era necesario que se produjera al menos

en 10 ocasiones. Además, en este estudio, los responsables del maltrato fueron principalmente los cónyuges (58%) seguidos de los hijos (24%).

Ya en la década de los 90, y con el objeto de obtener datos válidos de incidencia, se realizó un estudio en Estados Unidos (National Center on Elder Abuse, 1998). Se evaluó la presencia de maltrato físico, psicológico, económico, negligencia y abandono a personas de 60 o más años, en un año. Se consideró que el maltrato físico implicaba el uso de la fuerza física que podría dar como resultado lesiones corporales, dolor físico o deterioro. El abuso sexual implicaría cualquier contacto sexual no consensuado con la persona mayor. El maltrato psicológico incluiría causar angustia, dolor emocional o malestar. La negligencia consistiría en el rechazo o fallo del cumplimiento de cualquiera de las obligaciones o deberes hacia una persona mayor. El abandono de una persona mayor por parte de un individuo que ha asumido la responsabilidad de proporcionar cuidados o que tenga la custodia de la persona mayor sería otro tipo de maltrato. Y por último, el abuso económico implicaría el uso ilegal o inadecuado de los fondos o propiedades de la persona mayor. Se encontró una incidencia de maltrato de 2,36%. El tipo de maltrato más frecuente fue la negligencia (48,7%), seguida del maltrato psicológico (35,4%), económico (30,2%), físico (25,6%), abandono (3,6%) y sexual (0,3%). Las víctimas de maltrato eran con mayor frecuencia mujeres y los responsables del maltrato eran con mayor frecuencia hombres en todos los tipos de maltrato, a excepción de los casos de negligencia donde las mujeres eran con mayor frecuencia las responsables. Además, en un 47% de los casos los hijos eran los responsables del maltrato

En 1997, también en Estados Unidos, Lachs et al., analizaron la tasa de prevalencia de maltrato (físico y psicológico), abuso económico y negligencia en una muestra de 2812 personas mayores que vivían en la comunidad. Encontraron que un 1,6% de los casos habían experimentado algún tipo de maltrato. El tipo de maltrato más común en este estudio fue la negligencia (64%), seguida del maltrato (físico o psicológico) (19%) y el abuso económico (17%). Los responsables más frecuentes del maltrato fueron los hijos (45%), seguidos de los cónyuges (26%).

También en los años 90, se desarrollaron estudios de prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en otros países, además de Estados Unidos. Así, Podnieks (1992), realiza un estudio con el objetivo de identificar, por primera vez a nivel nacional en Canadá, la prevalencia y las circunstancias del maltrato hacia las personas mayores. Se entrevistó telefónicamente a 2008 personas mayores, elegidas al azar, que vivían en la comunidad. En este estudio se analizaron cuatro tipos de maltrato: económico, psicológico, físico y negligencia. Se encontró que un 4% de las personas mayores entrevistadas sufrían uno o más tipos de maltrato, por parte de su pareja, un familiar u otras personas significativas. El tipo de maltrato más frecuentemente experimentado por las personas mayores fue el abuso económico (2,5%), consistente con otros estudios (Glioglio y Blackmore, 1983), seguido del maltrato psicológico (1,4%), maltrato físico (0,5%) y negligencia (0,4%). Estos resultados pueden estar influidos, por ejemplo, por las definiciones para cada tipo de maltrato. Para considerar la presencia de un caso de maltrato físico o económico en este estudio era suficiente con que hubiera ocurrido una vez desde que se cumplieron los 65 años, mientras que para considerar la presencia de un caso de negligencia o maltrato psicológico era necesario que hubiera ocurrido entre 2 y 10 veces, en el caso de la negligencia, y 10 veces o más, en el caso del maltrato psicológico, durante el último año.

Otro estudio realizado en Canadá por Pittaway y Westhues (1993) en el que se entrevistó a 385 personas mayores de 55 años o más, que acudían a agencias de servicios sociales y sanitarios, encontró tasas de prevalencia de 14.3% para maltrato físico, 14% para maltrato psicológico (definido en este estudio como abuso verbal), 20% para abuso económico y 14% para negligencia. El maltrato era más frecuente en mujeres. Así mismo, Vida et al., se plantean en el 2002 determinar la prevalencia y los correlatos de cuatro tipos de maltrato y negligencia en 126 personas mayores, derivados a un servicio de psiquiatría geriátrica en Montreal. Se sospechó o confirmó al menos un tipo de maltrato o negligencia en un 16% de los casos, siendo el tipo más frecuente de maltrato encontrado el económico (13%), seguido de la negligencia (6%), el maltrato psicológico (4%) y el maltrato físico (2%).

En la década de los 90, en Europa se llevaron a cabo diferentes estudios sobre la prevalencia del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito comunitario. Por ejemplo, Homer y Gilleard (1990) entrevistaron a 51 cuidadores de personas mayores, admitidas en una unidad geriátrica con el fin de dar “respiro” a sus cuidadores. Los cuidadores fueron entrevistados en su domicilio, evaluándose la posible presencia de maltrato físico, maltrato psicológico, definido aquí como abuso verbal, y negligencia. Se utilizaron las mismas definiciones que en el estudio de Pillemer y Finkelhor (1989). Encontraron que un 45% admitieron alguna forma de maltrato hacia las personas mayores. De ellos, un 27% admitió un tipo, el 14% dos tipos y el 3% tres tipos. En 1992, Kivelä, Köngäs-Saviaro, Kesti, Pahkala e Ijäs realizaron un estudio en una ciudad de Finlandia con el objetivo de conocer la prevalencia de maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y sexual en personas mayores. En el estudio participaron 1225 personas mayores de 65 años, que vivían en la comunidad, y los datos fueron recogidos a través de cuestionarios enviados por correo y entrevistas personales. La prevalencia de maltrato a partir de la jubilación fue del 2,5% en hombres y del 7% en mujeres, siendo un 5,4% para ambos sexos. El maltrato psicológico y el físico fueron los más frecuentes en ambos sexos.

Ogg y Bennett (1992) exploraron en el Reino Unido la prevalencia del maltrato económico, físico y psicológico. Para ello entrevistaron personalmente, a 2.130 personas mayores que vivían en la comunidad y encontraron que el 5% de ellas habían experimentado maltrato psicológico por parte de un familiar cercano o un pariente en un pasado reciente; el 2% había sido maltratado físicamente; y el 2% había sufrido abuso económico. En 1993, Bennet y Kingston realizaron otro estudio de prevalencia en Gran Bretaña, obteniendo un 5.4% para maltrato psicológico, definido en este estudio como abuso verbal, 1.5% para maltrato físico y 1.5% para abuso económico.

Un estudio realizado en Irlanda del Norte (Compton et al., 1997) se llevó a cabo para conocer la prevalencia del maltrato físico, psicológico y negligencia hacia personas mayores con demencia que vivían en la comunidad. Se

entrevistó a 38 cuidadores y se observó maltrato en un 37% de la muestra, siendo el maltrato psicológico el tipo más frecuentemente señalado, seguido del físico. No se encontró ningún caso de negligencia. El hecho de no encontrar ningún caso de negligencia puede ser debido a la definición utilizada (Pillemer y Finkelhor, 1989), es decir, que para estimar la presencia de negligencia, era necesario que hubiera tenido lugar al menos 10 veces.

En otro estudio se entrevistó personalmente a 1.797 personas mayores independientes, de edades entre 65-84 años, que vivían en Ámsterdam (Holanda) en la comunidad con el objetivo de conocer la prevalencia de maltrato psicológico, definido como agresión verbal crónica, maltrato físico, abuso económico y negligencia (Comijs et al., 1998). Se encontró que la prevalencia del maltrato hacia las personas mayores era del 5,6%. La prevalencia de los diferentes tipos de maltrato fue: 3,2% maltrato psicológico, 1,2% maltrato físico, 1,4% abuso económico y 0,2% negligencia. Las tasas de prevalencia de este estudio son algo más altas que las encontradas en otros, debido a que se incluyeron como posibles responsables del maltrato a todos los parientes, amigos o conocidos, mientras en otros estudios la categoría de responsable del maltrato estaba limitada a la pareja, parientes u otras personas que convivían con la persona mayor.

En Grecia, un estudio en el que se entrevistó a 506 personas mayores que vivían en la comunidad, mostró que el 15.5% de las personas encuestadas informaban haber experimentado al menos un tipo de maltrato durante el último año, siendo el maltrato psicológico el informado con mayor frecuencia (Pitsiou-Darrough y Spinellis, 1995). Las mujeres eran maltratadas con más frecuencia que los hombres. El responsable del maltrato era con mayor frecuencia un pariente de la persona mayor, sobre todo cónyuges o hijos.

Para terminar esta década, un estudio realizado en Australia, reveló tasas de prevalencia de maltrato del 1,2% (Kurrle et al., 1997). El estudio se realizó sobre una muestra de 5246 personas mayores residentes en la comunidad que habían sido derivadas a los equipos de evaluación de atención a la persona mayor. El tipo más frecuente de maltrato fue el psicológico,

seguido del físico, económico y negligencia, siendo frecuente la presencia simultánea de varios tipos. Las mujeres eran maltratadas con mayor frecuencia que los hombres. El 57% de los responsables de maltrato eran hombres, el 38% cónyuges y el 43% hijos. La tasa de prevalencia es inferior a la encontrada en un estudio anterior realizado por los mismos autores (4,6%) (Kurrle y Sandler, 1992). La diferencia podría deberse a las distintas definiciones de maltrato aplicadas en cada estudio, así como a la distinta carga de trabajo de los equipos de profesionales que participaron.

Recientemente, Yan y Tang (2004) realizaron un estudio para estimar la prevalencia y los factores de riesgo del maltrato, físico, psicológico y violación de los derechos, hacia las personas mayores entre familias de Hong Kong. En el estudio participaron 276 personas mayores que vivían en la comunidad. Se estimó que un 27.5% de los participantes habían experimentado al menos un tipo de maltrato. El psicológico fue el más prevalente (26.8%), seguido de la violación de los derechos personales (5.1%) y del maltrato físico (2.5%). También en países asiáticos, Oh et al. (2006) realizaron un estudio en Corea sobre una muestra de 15.230 personas mayores que vivían en la comunidad, a las que se entrevistó en sus domicilios. Se encontró una prevalencia del 6,3% para la muestra analizada, siendo el maltrato psicológico el tipo más frecuente, seguido del abuso económico, negligencia y maltrato físico. Los hijos e hijas, seguidos de las nueras, fueron los responsables de maltrato con mayor frecuencia.

Otro estudio también reciente (Cooney et al., 2006) se llevó a cabo en Irlanda, con el objetivo de conocer la prevalencia del maltrato (físico, psicológico y negligencia), hacia personas mayores con demencia por parte de sus cuidadores. En el estudio participaron 82 cuidadores y se encontró que algo más de la mitad de los participantes (52%) admitieron haber cometido, al menos, uno de los tres tipos de maltrato. El maltrato psicológico fue la forma más común (51%), seguida del maltrato físico (20%) y de la negligencia (4%).

En el Reino Unido se ha realizado un estudio de prevalencia (O'Keeffe et al., 2007) que consideraba la presencia de maltrato psicológico o negligencia

si, durante el último año, habían tenido lugar 10 ó más incidentes de ese tipo, mientras que para el resto de tipos de maltrato, se consideraba su presencia si la persona mayor lo había experimentado al menos en una ocasión. Se realizaron entrevistas individuales con 2111 personas de 66 años o más (57% mujeres y 43% hombres), seleccionadas aleatoriamente, residentes en la comunidad, en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Se encontró una prevalencia de maltrato del 2,6% por parte de familiares, amigos o cuidadores formales durante el año anterior. Si se incluyen los malos tratos infligidos por vecinos y conocidos, la prevalencia global asciende al 4%. El tipo de maltrato informado con mayor frecuencia es la negligencia (1,1%), seguido del abuso económico (0,7%). La prevalencia de maltrato psicológico y físico fue similar (ambos un 0,4%), y el maltrato sexual fue el menos informado (0,2%). El 6% de las personas mayores maltratadas habían experimentado durante el año anterior dos tipos de maltrato simultáneamente. Las mujeres experimentaron más casos de maltrato que los hombres. El maltrato varió significativamente en función del estado civil, estando presente en un 9,4% de los casos en separados o divorciados, 2,6% solteros, 2,4% casados o que conviven con una pareja y un 1,4% en viudos y se incrementó cuando había un mal estado de salud, depresión, mala calidad de vida y soledad. Los responsables de maltrato fueron, con mayor frecuencia el cónyuge o pareja (51%), otro familiar (49%), un cuidador formal (13%) y amigo cercano (5%).

Otro estudio reciente llevado a cabo en Israel tenía como objetivo conocer la prevalencia del maltrato físico, psicológico, sexual, económico y negligencia hacia personas mayores hospitalizadas. En el estudio participaron 730 personas mayores residentes en la comunidad y se encontró una prevalencia de maltrato en el último año del 5,9%. Las entrevistas fueron realizadas personalmente y el tipo de maltrato más frecuente fue la negligencia, seguido del maltrato psicológico y el económico (Cohen et al., 2007).

En el estudio original en el que se basa este trabajo (Yaffé et al., en prensa) se aplicó el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI) a 953 personas de 65 años o más y de éstas, 663 participaron en la segunda fase donde se aplicaba el Formulario de Evaluación de Trabajo

Social (FETS). Se encontró un 11,9% de personas mayores con sospecha de maltrato. El tipo de sospecha de maltrato más frecuente fue el psicológico. La sospecha de maltrato era más frecuente en mujeres.

Por lo que se refiere a España son escasos los estudios sobre prevalencia. En 2001 se realizó un estudio en el que fueron entrevistadas auxiliares domiciliarias que atendían a 2351 personas mayores, detectándose 104 casos de maltrato (4,7%) (Bazo, 2001). La negligencia física fue el tipo de maltrato más frecuente seguido de la negligencia psicológica, el maltrato psicológico, el económico, el físico y el sexual. Frecuentemente, estaba presente de forma simultánea más de un tipo de maltrato. Se encontró que en el 55% de los casos el responsable del maltrato fueron los hijos, en el 7% los hermanos, y en el 25% otras personas. Las mujeres fueron con mayor frecuencia víctimas de maltrato. También en el año 2001, Ruíz et al., (2001) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de sospecha de maltrato a personas mayores en la población atendida en el área básica de salud de Les Planes (Barcelona). En este estudio participaron 219 personas mayores de 70 o más años. Se evaluaron variables sociodemográficas, el estado funcional de la persona mayor, y se aplicó un cuestionario que indicaba sospecha de maltrato a través de una entrevista realizada por médicos. El cuestionario utilizado es el editado por la Canadian Task Force y la American Medical Association, compuesto por 9 ítems que evalúan maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia y abandono. Una sola respuesta positiva implica sospecha de maltrato. Los resultados de este estudio llevaron a concluir la existencia de una prevalencia de sospecha de maltrato del 11,9%, siendo más frecuente entre mujeres y el más prevalente el psicológico, seguido del físico, negligencia, abandono y sexual, y, observando que, en algunos casos, una misma persona experimentaba más de un tipo de maltrato.

Otro estudio realizado en España (Risco et al., 2005) se planteó determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la sospecha de maltrato sobre una muestra de 209 personas mayores de 72 años, asistentes a

un centro de salud de Badajoz, a través de entrevista realizada por enfermeras. Se utilizó el cuestionario recomendado por la Canadian Task Force. Se encontró que la prevalencia de sospecha de maltrato fue de 52,6%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.

Recientemente se han publicado los resultados del estudio realizado por Isabel Iborra y el Centro Reina Sofia (2008). Para la estimación de la prevalencia de maltrato en personas mayores entrevistaron, durante el año 2006, en su domicilio a 2401 personas mayores de 64 años obteniendo una prevalencia de maltrato del 0,8% que ascendía a 1,5% en personas mayores dependientes. De ese 0,8% de prevalencia de maltrato, el 0,2% eran casos de maltrato físico, el 0,3% maltrato psicológico, el 0,3% negligencia, el 0,2% abuso económico y el 0,1% abuso sexual. Y del 1,5% de personas mayores dependientes maltratadas, el 0,3% fueron casos de maltrato físico, el 0,6% de maltrato psicológico, el 0,6% de negligencia, el 0,9% de abuso económico y el 0,3% de abuso sexual. Se encontró que las mujeres fueron con mayor frecuencia víctimas de maltrato. Los hombres fueron con mayor frecuencia los responsables del maltrato y en el 50% de los casos, los responsables fueron las parejas de las personas mayores.

4.2. Prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en el ámbito institucional

En cuanto al maltrato en el marco institucional, aunque su presencia ha sido reconocida desde hace muchos años, existe una importante carencia de estudios empíricos que analicen la prevalencia de maltrato en este ámbito concreto, a pesar de existir una gran cantidad de literatura sobre cuestiones relacionadas con la calidad del cuidado.

En las instituciones, los posibles responsables del maltrato hacia las personas mayores podrían ser empleados, residentes o visitantes. Las formas de maltrato institucional son las mismas que aparecen en el ámbito doméstico. De especial interés es el maltrato que implica el fallo a la hora de llevar a cabo

el plan de cuidados de la persona mayor, incluyendo el uso no autorizado de restricciones físicas o químicas y el aislamiento. Según un estudio reciente realizado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), (Burgueño Iborra, Martínez y Pérez, 2008) existe un 25% de personas mayores dependientes, que viven en residencias, y que son sometidas a sujeciones físicas. En algunos centros el porcentaje es del 7%, pero en otros se aproxima al 90%. De ello se deriva que el uso de sujeciones físicas en España es, y ha sido en los últimos lustros, muy superior al de otros países de nuestro entorno socioeconómico (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de uso de sujeciones físicas en 8 países

País	Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	España	Suecia	EEUU
%	2,2	17,1	8,5	16,6	4,5	39,6	15,2	16,5

Las personas mayores en instituciones presentan riesgo de maltrato por diversas razones. Así, los residentes son, generalmente, dependientes, extremadamente frágiles y/o están crónicamente enfermos y puede ser que no reciban visitas frecuentes de sus familiares y allegados, que pueden servir como un control del trato que reciben. El déficit sensorial (visual y auditivo) así como la demencia son comunes en este grupo de población. Además, problemas como los recursos insuficientes, la escasez de personal, la elevada movilidad laboral y la inadecuada supervisión y formación incrementan el riesgo de maltrato. Finalmente, el maltrato y la negligencia podrían aumentar debido a la ignorancia de la sociedad sobre la calidad del cuidado y por la aceptación de las conductas de maltrato y negligencia como inevitables dentro de la vida institucional.

En cuanto a las tasas de prevalencia encontradas sobre maltrato en instituciones, en un estudio realizado en Québec en 1981, se preguntó a 140 profesionales que trabajaban en instituciones sobre la violencia que sabían que se producía en éstas. Entre los resultados se identificaron 974 acciones de maltrato, de las que un 35,5% se observaron en centros residenciales u hospitales y un 28,4% se observó en residencias, incluyendo residencias privadas que recibían ayudas del gobierno.

En 1993 el Colegio de Enfermeras de Ontario (College of Nurses of Ontario, 1993) en Canadá estudió, sobre una muestra de 804 enfermeras y 804 auxiliares, la prevalencia del maltrato en residencias. Se encontró que el 20% informó haber presenciado maltrato por parte de los parientes de la persona en la residencia, el 31% informó haber presenciado un trato brusco a los residentes por parte de los empleados, el 28% informó haber presenciado comentarios embarazosos hechos a las personas mayores y el 10% informó haber visto a otros trabajadores golpear o empujar a residentes. El maltrato psicológico fue el tipo más común (37%) seguido del maltrato físico (32%).

En Estados Unidos, Pillemer y Moore (1989) llevaron a cabo un estudio con el personal de varias residencias, concretamente con 577 enfermeras y auxiliares que trabajaban en 31 residencias diferentes, para determinar la prevalencia del maltrato físico y psicológico. Se preguntaba, a través de entrevista telefónica al personal, por el maltrato que ellos habían observado dentro del último año y el maltrato que ellos mismos habían cometido en ese periodo. El estudio reveló que el 36% del personal de enfermería y los auxiliares informaban haber sido testigos al menos de un incidente de maltrato físico por parte de otro miembro del personal durante el año anterior y un 10% admitió haber cometido ellos mismos al menos un acto de maltrato físico. Un 81% de la muestra indicó que durante el año anterior había observado al menos un incidente de maltrato psicológico hacia un residente y un 40% admitió haber cometido al menos un acto de maltrato psicológico. Parece, por tanto, que el maltrato no ocurre sólo en la intimidad, sino en presencia de otras personas, como parte de la vida institucional (Pillemer y Moore, 1989).

En esta línea un programa de cuidado a largo plazo de Atlanta, llevado a cabo en Georgia, en el año 2000 en el que se entrevistó a 80 residentes de 23 residencias se encontró que un 44% de los residentes informaban de que habían sido maltratados, mientras que un 48% señalaban que habían sido tratados con brusquedad (Hawes, 2002). Además, un 38% de los residentes informaron que habían visto como maltrataban a otros residentes y un 44% dijo que había visto como eran tratados con brusquedad otros residentes. Los

resultados sugieren que el maltrato a los residentes podría ser mayor de lo que generalmente se cree.

Un último dato procede del ámbito europeo. En 1994, el Consejo de Salud Noruego llevó a cabo un estudio con una selección representativa de residencias, en total fueron 124 (Juklestad, 2001). El objetivo era conocer en qué medida se utilizaban restricciones físicas. Se encontró que sólo en el 27% de las residencias nunca se había utilizado la fuerza contra los residentes (Juklestad, 2001).

En la tabla 4 se muestra un resumen de los principales resultados de los estudios de prevalencia realizados.

Resumen

Este último capítulo se centra en la prevalencia del maltrato hacia las personas mayores, uno de los objetivos fundamentales de este trabajo. Entre las ideas principales de este capítulo destaca, que los resultados obtenidos en los estudios realizados deben ser tomados con cierta cautela debido a diversas razones, como el uso de definiciones y metodologías diferentes.

Se analiza tanto la prevalencia en el ámbito doméstico como en el ámbito institucional. Concretamente, el maltrato se produce con mayor frecuencia en el ámbito doméstico, donde se encuentran tasas que oscilan entre el 1 y el 52,6%. La mayoría de los estudios confirman casos de maltrato únicamente tras obtener información de una sola fuente (persona mayor o responsable de maltrato).

Tabla 4. Prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en el ámbito comunitario

Estudio	N	País	Tipo de muestra	Evaluación	Maltrato analizado	Prevalencia	Maltrato más frecuente	Responsable frecuente	Víctima frecuente
Lau y Kosberg, 1979	404 PM	EEUU	-	-	P-F-E	9,6% malt.	F	Hijas	Mujer
Block y Sinnott, 1979	73 PM	EEUU	-	Entrevistas, informes, cuestionarios autoinformados	P-F-E	4% malt.	P	Mujer Hijas	Mujer
Glioglio y Blakemore, 1983	342 PM de 65 años o más	EEUU	Aleatoria	-	-	1% malt.	E	-	-
Pillemer y Finkelhor, 1989	2020 PM	EEUU	Aleatoria	Entrevistas telefónicas y cara a cara	P-F-N	3,2% malt. 2% F 1,1% P 0,4% N	F	Cónyuge	Hombre
Homer y Gilleard, 1990	51 C	Reino Unido	-	Entrevista	-	45% maltrato	P	-	-
Ogg y Bennett, 1992	2130 PM	Reino Unido	-	Entrevista	P-F-E	5,4% P 1,5% F 2% E	P	-	-
Kivelä, et al., 1992	1225 PM de 65 años o más	Finlandia	-	Cuestionarios por correo, entrevistas y exámenes clínicos		6,7% malt.	P	Cónyuge	Mujer

Estudio	N	País	Tipo de muestra	Evaluación	Maltrato analizado	Prevalencia	Maltrato más frecuente	Responsable frecuente	Víctima frecuente
Podnieks, 1992	2008 PM	Canadá	Aleatoria	Entrevista telefónica	P-F-E-N	4% malt. 2,5% E 1,4% P 0,5% F 0,4% N	E	Cónyuge	-
Bennett y Kingston, 1993		Reino Unido	-	-	P-F-E	5,4% P 1,5 F 1,5% E	P	-	-
Pittaway y Westhues, 1993	385 de 55 años o más	Canadá	-	Entrevista	P-F-E-N	14,3% F 14% P 20% E 14% N	E	-	Mujer
Pitsiou-Darrough y Spinellis, 1995	506 PM	Grecia	-	Entrevista	-	15,5% malt.	P	Cónyuges Hijos	Mujer
Kurrie, et al., 1997	5246 PM de 65 años o más	Australia	-	Entrevista	P-F-E-N	1,2% malt. 44 P 29 F 22 E 14N	P	Hombres Cónyuges	Mujer
Lachs, et al., 1997	2812 PM de 65 años o más	EEUU	-	Entrevista	P-F-E-N	1,6% malt. 19% P y F 17% E 64% N	N	Hijos	-
Compton, et al., 1997	38 C de PM de 65 años o más con demencia	Irlanda del Norte	-	Entrevista	P-F-N	37% malt. 10,5% F 34% P 0% N	P	Hijos o cónyuge	-

Estudio	N	País	Tipo de muestra	Evaluación	Maltrato analizado	Prevalencia	Maltrato más frecuente	Responsable frecuente	Víctima frecuente
Comijs, et al., 1998	1797 PM de 65 años o más	Holanda	-	Entrevistas	P-F-E-N	5,6% malt. 3,2% P 1,2% F 1,4% E 0,2% N	P	-	No diferencias de sexo
National Center on Elder Abuse, 1998	19064576 PM	EEUU	Maltrato en un año	Informes	P-F-N-A-S	2,36% malt. 48,7% N 35,4% P 30,2% E 25,6% F 3,4% A 0,3% S	N	Hombres Hijos	Mujer
Ruíz, et al., 2001	219 PM de 70 años o más	España	-	Entrevista en consulta o domicilio	P-F-N-A-S	11,9% malt. 20 P 6 F 3N 3A 1S	P	Hijos	Mujer
Bazo, 2001	Auxiliares domiciliarias	España	-	Entrevista	-	4,7% malt.	N	Hijos/as	Mujer
Vida, et al., 2002	126 PM de 60 años o más	Canadá	-	Informe	P-F-E-N	16% malt. 13% E 6% N 4% P 2% F	E	-	Mujer
Yang y Tang, 2004	276 PM	China-Hong Kong	-	-	P-F-V	27,5% malt. 26,8% P 2,5% F 5,1% V	P	-	-
Risco, et al., 2005	209 PM de 72 años o más	España	-	Entrevista	-	52,6% malt.	-	-	Mujer
Oh et al., 2006	15230 PM	Corea	-	Entrevista en domicilio	-	6,3% maltr.	P	Hijos/as	-

Estudio	N	País	Tipo de muestra	Evaluación	Maltrato analizado	Prevalencia	Maltrato más frecuente	Responsable frecuente	Víctima frecuente
Cooney et al., 2006	82 C de PM con demencia	Irlanda	-	-	P-F-N	52% malt. 51% P 20% F 4% N	P	-	-
O'Keefe, et al., 2007	2111 PM de 66 años o más	Reino Unido	Aleatoria	Entrevista	P-F-S-E-N	2,6-4% 1,1%N 0,7%E 0,4%P 0,4%F 0,2%S	N	Cónyuge/pareja	Mujer
Cohen, et al., 2007	730 PM	Israel	Maltrato último año	Entrevista	P-F-S-E-N	5,9% malt.	N	-	-
Iborra, 2008	2401 PM	España	Aleatoria	Entrevista	P-F-S-E-N	0,8% 0,3%N 0,2%E 0,3%P 0,2%F 0,1%S 1,5% PM dependientes 0,6%N 0,9%E 0,6%P 0,3%F 0,3%S	N y P E	Cónyuge	Mujer
Yaffe, et al., en prensa	953 PM de 65 años o más	Canadá	Maltrato último año	Entrevista	P-F-S-E-N	11,9% malt. 11,6% P 2,1% F y S 1,7% E 1,1% N	P	-	Mujer

C = cuidadores; PM = personas mayores; P = Psicológico; F = Físico; N = Negligencia ; A = Abandono; S = Sexual
V = violación de derechos Malt = maltrato

ESTUDIO EMPÍRICO

1. Objetivos

1.1. Objetivos generales

La presente tesis doctoral incluye dos objetivos generales. El primero de ellos pretende analizar si la utilización de un instrumento breve de cribado para la sospecha de maltrato hacia las personas mayores, dentro del ámbito comunitario, ayuda a su detección. El segundo objetivo consiste en la estimación de sospecha de maltrato entre personas mayores que acuden a centros de Atención Primaria y/o de Servicios Sociales.

1.2. Objetivos específicos

Para alcanzar estos objetivos generales se han perseguido cuatro objetivos específicos que se describen a continuación:

1. Validar y adaptar al castellano el Índice de Sospecha de Maltrato a Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index, EASI).
2. Estimar la prevalencia de sospecha de maltrato físico y sexual, psicológico, económico y/o negligencia en personas mayores sin deterioro cognitivo residentes en el ámbito comunitario.
3. Establecer perfiles diferenciados entre personas con y sin sospecha de maltrato en función de características asociadas a la propia persona mayor, al posible responsable del maltrato y al contexto en el que tiene lugar el maltrato.

4. Conocer los índices de riesgo para cada factor asociado a la sospecha de maltrato.

2. Método

2.1. Participantes

La muestra se compone de 396 personas mayores que acudieron a centros de Atención Primaria o de Servicios Sociales en Madrid, Málaga y San Sebastián durante el año 2007. Los participantes cumplen las siguientes características:

- Tener 65 años o más.
- Residir en el ámbito comunitario.
- No presentar deterioro cognitivo.

2.2. Variables e instrumentos

A continuación se describen las variables objeto de estudio así como los instrumentos utilizados para su evaluación.

2.2.1. Variables sociodemográficas

Se recogieron datos sobre el sexo, edad, estado civil, tipo de convivencia, domicilio, estado de salud y nivel educativo de la persona mayor.

2.2.2. Estado cognitivo

Para la evaluación del estado cognitivo de las personas mayores se utilizó el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC, Lobo, Ezquerra, Burgada, Sala y Seva, 1979). Este instrumento es una versión adaptada, validada y normalizada para población española del Mini-Mental (Mini-Mental State Examination, Folstein et al., 1975). El MEC está compuesto por 35 ítems que evalúan orientación espacial y temporal, fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción. Se considera que una puntuación inferior a 24 es indicativa de deterioro cognitivo (Del Ser y Peña-Casanova, 1994).

2.2.3. Sospecha de maltrato

Para la evaluación de la sospecha de maltrato se han utilizado dos instrumentos.

1. *Índice de Sospecha de Maltrato hacia la Persona Mayor* (Elder Abuse Suspicion Index, EASI). Se utilizó la versión adaptada lingüísticamente al castellano por el grupo de investigación implicado en la realización del presente trabajo, mediante la discusión entre expertos y a partir de los resultados de un estudio cualitativo sobre este instrumento en el que se utilizaron grupos de discusión (IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores, 2007). Se trata de un instrumento breve, con preguntas directas, cuyo objetivo es detectar sospecha de maltrato en personas mayores sin deterioro cognitivo. El EASI está compuesto por cinco preguntas dirigidas a la persona mayor y una al profesional que se realizan en el transcurso de un encuentro persona mayor-profesional en la consulta y que son formuladas por el profesional mediante un lenguaje sencillo. La primera pregunta se centra en la evaluación del nivel de dependencia de la persona mayor para alguna actividad de la vida diaria básica o instrumental. Las restantes

preguntas hacen referencia a diferentes tipos de maltrato: físico y sexual, psicológico, negligencia y económico. Los ítems son evaluados a partir de una escala tipo Likert con opciones de respuesta entre 0 y 4 (0 = no, 1 = una ocasión, 2 = algunas veces, 3 = bastantes veces y 4 = muchas veces). Una respuesta positiva a cualquiera de sus preguntas sería indicativa de sospecha de maltrato. En la tabla 1 se enuncian los ítems que lo componen. El instrumento se incluye íntegramente en el Anexo 4.

2. *Formulario de Evaluación de Trabajo Social* (Social Work Evaluation Form, FETS). Se empleó la versión adaptada al castellano por el grupo de investigación implicado en la realización del presente estudio. Este instrumento permite comparar el juicio del profesional que lo aplica con el del profesional que aplica el EASI acerca de la presencia de sospecha de maltrato. El FETS incluye información sobre la historia social de la persona mayor, su relación con el cónyuge, hijos, nietos y otros familiares, dependencia física y económica y capacidad física y cognitiva. Este instrumento se incluye íntegramente en el Anexo 5.

Tabla 1. Índice de Sospecha de Maltrato hacia la Persona Mayor (Elder Abuse Suspicion Index, EASI)

1	En los últimos 12 meses/En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?
2	En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?
3	En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?
4	En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?
5	En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o aterrorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?
6	<p><i>LA SIGUIENTE PREGUNTA ES EXCLUSIVAMENTE PARA EL PROFESIONAL. No hacer la siguiente pregunta a la persona mayor.</i></p> <p>El maltrato hacia las personas mayores <u>podría</u> estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o <u>en los últimos 12 meses</u>?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro</p> <p>¿Cree que éste es un caso de sospecha de maltrato?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro</p>

2.3 Diseño y procedimiento

Se ha realizado un estudio transversal y multicéntrico compuesto por dos fases. Para la selección de la muestra se contó con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), del Instituto Gerontológico Matia (INGEMA) y de diversos centros de personas mayores.

En la primera fase, profesionales de Atención Primaria (médicos o enfermeras) o de Servicios Sociales (psicólogas) descartaron la presencia de deterioro cognitivo a través de la aplicación del MEC (criterio de exclusión). Posteriormente, estos mismos profesionales aplicaron, el EASI en formato de entrevista individual. Para el desarrollo de esta fase se solicitó la participación voluntaria de 410 personas mayores aunque finalmente participaron 396.

Tras la aplicación del EASI en la primera fase, se solicitó a los participantes su colaboración en la segunda fase, explicándoles previamente los objetivos de la misma. En esta fase, psicólogas o trabajadoras sociales aplicaron el FETS a 340 de los participantes de la primera fase. Se debe tener en cuenta que estas profesionales desconocían el resultado de la aplicación del EASI.

En las situaciones donde la propia persona mayor o el acompañante de ésta no accedieron a que la entrevista se realizara de forma individual y privada, ésta se llevó a cabo en presencia de dicho acompañante. Estas circunstancias han tenido lugar con poca frecuencia. Concretamente, en la primera fase ha ocurrido en cinco ocasiones y en la segunda en seis más. Las entrevistas han tenido lugar bien en los Centros de Atención Primaria y de Servicios Sociales o en el domicilio de la persona mayor, en función de la disponibilidad de ésta.

Finalizada cada una de las fases se informó a los distintos Centros de Atención Primaria o de Servicios Sociales de los resultados, garantizándose la confidencialidad de los datos. También se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de los sujetos. El modelo de consentimiento informado utilizado se incluye en el Anexo 1.

Todos los profesionales que participaron en el estudio recibieron formación en dos modalidades: presencial o a distancia. La formación fue teórica sobre el maltrato hacia las personas mayores y práctica sobre cómo aplicar cada uno de los instrumentos, garantizando así, la correcta

administración de los instrumentos y homogeneizando, en la medida de lo posible, los criterios de sospecha de maltrato.

2.4. Análisis de datos

A continuación se describen los análisis estadísticos realizados para la consecución de los objetivos perseguidos.

Se realizó un análisis del contenido de los ítems del Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI) para contrastar la pertinencia y la representatividad de los ítems del instrumento (validez de contenido). Esto se llevó a cabo a través de la consulta con expertos.

Posteriormente, se llevaron a cabo los análisis estadísticos oportunos para la validación del EASI. Para ello se realizó un análisis factorial mediante componentes principales y rotación oblimín (oblicua) utilizando el criterio Kaiser para la retención de los factores ($\lambda \geq 1$) con el objetivo de comprobar la posible agrupación de los ítems en bloques de contenido homogéneo (validez de constructo). Además, se analizó la consistencia interna del cuestionario mediante el cálculo del coeficiente de generabilidad alfa de Cronbach. También se ha estimado la validez criterial del EASI, por un lado, contrastando el juicio de los profesionales en las dos fases mediante el estadístico Chi-cuadrado y, por otro, a través de la realización de una curva de Características de Operación del Receptor (COR).

Además, se realizaron análisis de contingencia con el fin de estimar la concordancia entre diferentes criterios de sospecha de maltrato hacia la persona mayor.

A continuación se analizó la prevalencia de sospecha de maltrato en la muestra total, diferenciándola por provincias y por centro de aplicación y los posibles factores de riesgo implicados en la sospecha de maltrato, con el

objetivo de establecer un perfil diferenciador entre las personas mayores con y sin sospecha de maltrato.

Finalmente, se realizaron análisis de riesgo individualizados para cada factor asociado a la sospecha de maltrato. Debido a que los criterios de puntuación del FETS incluyen frecuentemente la categoría “no aplicable”, no ha sido posible ejecutar un análisis de regresión logística binaria para conocer la contribución conjunta de esos factores y diferenciar entre el grupo con o sin sospecha de maltrato.

3. Resultados

3.1. Descripción de la muestra

Participantes en la primera fase del estudio

De las 410 personas mayores a las que se solicitó la participación en el estudio, el 2,2% rechazaron participar (9 personas): tres manifestaron “no tener ánimos” para participar, dos más adujeron no tener tiempo, y finalmente, cuatro rehusaron colaborar. Además, se excluyó a otras cinco personas debido a la presencia de deterioro cognitivo. Por tanto, la muestra final ha estado compuesta por 396 personas, de las cuales un 48,2% es muestra obtenida en Madrid (N=191), un 18,4% en Málaga (N=73) y un 33,3% en San Sebastián (N=132). Un 41,9% de la muestra (N=166) pertenece a centros de Atención Primaria y un 58,1% (N=230) a centros de Servicios Sociales.

La media de edad de la muestra fue de 74,7 años (DT. 6,5) (65-95). Participaron 154 hombres (38,9%) y 242 mujeres (61,1%). El 51,7% de los participantes estaba casado/a, el 38,4% viudo/a, el 6,6% soltero/a y el 3,3% divorciado/a. El 41,0% vivía con el cónyuge o la pareja, el 31,0% vivía solo, el 11,9% vivía con el cónyuge y algún hijo o nieto, el 11,7% vivía con los hijos y el 4,4% mantenía otra forma de convivencia. Respecto al nivel educativo de los

participantes, el 31,3% tenía estudios primarios completos, el 23,5% aprendizaje elemental no formal (saben leer y escribir), el 16,9% estudios primarios incompletos, el 10,1% educación secundaria, bachiller o formación profesional incompletos, el 7,1% tienen secundaria/bachiller/formación profesional completa, el 6,1% son analfabetos, el 3,8% tiene estudios universitarios y el 1,3% otro tipo de estudios.

Con respecto a las enfermedades que padecían los participantes, el 86,6% presentaba alguna enfermedad. Respecto a la salud de los participantes informada por el profesional el 54,1% estimaba que la salud de la persona mayor era buena, el 24,7% regular, el 14,3% excelente, el 6,4% mala y el 0,5% muy mala.

Se analizó el nivel de dependencia de la muestra para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En el último año un 20,7% necesitaron ayuda para realizarlas. De ese porcentaje el 27,8% de los casos recibieron la ayuda del cónyuge, el 29,1% de los hijos, el 13,9% de la familia o de una asistenta o ayuda a domicilio, el 10,2% de otras personas y el 5,1% de un cuidador formal.

Participantes en la segunda fase del estudio

La muestra para la segunda fase consistió en 340 personas de las que colaboraron en la primera (83%). Un 3,8% (N = 15) se negó a colaborar: once personas manifestaron explícitamente el deseo de no participar, una señaló no sentirse bien, dos indicaron no tener tiempo y, en un caso, una tercera persona impidió la participación de la persona mayor. Además, un 1,8% (N = 7) no fueron localizados y un 8,5% (N = 34) no fueron evaluados por diferentes motivos, entre los que destaca no acudir a la cita pese a haber sido citados. De las 340, un 48,2% es muestra obtenida en Madrid (N = 164), un 13,2% en Málaga (N = 45) y un 38,5% en San Sebastián (N = 131). Y, además, un 32,6% de la muestra (N = 111) pertenece a centros de Atención Primaria y un 67,4%

(N = 229) a centros de Servicios Sociales. En esta fase participaron 135 hombres (39,7%) y 205 mujeres (60,3%).

3.2. Validación y adaptación del Índice de Sospecha de Maltrato a Personas Mayores (EASI)

3.2.1. Adaptación lingüística del EASI

Se ha realizado la adaptación al castellano de la versión original del EASI. En primer lugar, un experto en el tema del maltrato hacia las personas mayores y en inglés, tradujo el cuestionario al castellano (traducción directa) y, posteriormente, otras dos personas, igualmente expertas en inglés, realizaron una traducción inversa de éste al inglés. En segundo lugar, los miembros del equipo de investigación especialistas en el ámbito del maltrato, compararon la traducción inversa con la inicial, con el objetivo de identificar ítems no equivalentes o problemáticos y proponer consensuadamente soluciones alternativas. En tercer lugar, para la adaptación se tuvieron en cuenta las opiniones respecto a este instrumento de los grupos de discusión llevados a cabo para el proyecto *“Respuesta Global al Maltrato hacia las Personas Mayores, incluyendo la Negligencia: Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial”*, proyecto desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro de Gerontología Interdisciplinar/Universidad de Ginebra, realizado en España por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores, 2007) (se puede consultar en la siguiente dirección <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/maltrato/proyecto-oms.html>) y cuyas conclusiones pueden ser consultadas en el Anexo 6. No obstante, debido a la importancia de esta información para el desarrollo del presente trabajo, a continuación se introduce un resumen de las mismas. Los profesionales y las personas mayores integrantes de los grupos de discusión manifestaron:

- a. Necesidad de incorporar información adicional con el objetivo de centrar a las personas mayores en el período de tiempo al que hacen referencia las preguntas, concretamente se añadió la información “En el último año/en los últimos doce meses...”.
- b. Necesidad de incluir información adicional sobre cada pregunta del EASI para que los profesionales entendieran a qué tipo de maltrato hacía referencia cada una, así como una definición general de maltrato a mayores.
- c. Concretar más el ámbito al que hacen referencia las preguntas del EASI, que es el ámbito comunitario. Por ello se incluye en el encabezamiento de cada pregunta “... alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida)...”.
- d. Modificar algunas palabras incluidas en el EASI con el objetivo de mejorar su nivel de comprensión.
- e. Incluir una pregunta previa para el profesional para estimar si existía sospecha de maltrato previa a la aplicación del EASI. Este cambio no ha sido útil debido a que en algunos casos las personas mayores que acudían a Atención Primaria no eran conocidas previamente por los profesionales, y en los centros de Servicios Sociales esto era así con, prácticamente, todos los participantes.
- f. Incluir algunas variables sociodemográficas previas a la aplicación del cuestionario lo que permitirá conocer si alguna de ellas se relaciona con la sospecha de algunos tipos de maltrato.
- g. A pesar de que podría parecer razonable que la pregunta 5 (que evalúa maltrato físico y sexual) se dividiera en dos, puesto que el abuso sexual tiene unas características lo

suficientemente específicas como para ser catalogada como entidad independiente del maltrato físico, no se han separado para mantener la misma disposición del cuestionario original.

- h. Introducir mayor precisión en la forma de medida. Por ejemplo, se decidió incorporar la pregunta “¿quién?” al final de cada una de las preguntas del EASI para conocer qué persona concreta señalaban las personas mayores como posible responsable del maltrato. También se cambió la categoría de respuestas a la pregunta “¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?” pasando de variable dicotómica a variable categórica. Concretamente, las categorías de respuesta incluidas han sido “una ocasión”, “algunas veces”, “bastantes veces” y “muchas veces”. El objetivo del cambio era conocer la frecuencia exacta con la que se producía cada tipo de sospecha de maltrato y no simplemente saber si había ocurrido al menos una vez.
- i. La versión adaptada del FETS para este proyecto consta de 60 preguntas de manera que 7 preguntas fueron eliminadas al considerar, tras las conclusiones de un grupo de discusión llevado a cabo con trabajadoras sociales, que no eran adecuadas para nuestro entorno. La pregunta “patrón de oro” es la 53.

3.2.2. Validación del EASI

Para la validación del EASI se realizaron diferentes análisis, incluyendo un análisis factorial para comprobar si los ítems se agrupan en dimensiones homogéneas y análisis de consistencia para estimar su consistencia interna. Para analizar la validez criterial del instrumento se utilizó un análisis de contingencia y curvas Características de Operación del Receptor (COR).

Para examinar si las respuestas al EASI permiten extraer algún tipo de agrupación de dimensiones homogéneas de sospecha de maltrato, se ha optado por realizar un análisis factorial mediante componentes principales y rotación oblimín (oblicua) con los ítems que hacían referencia a los diferentes tipos de sospecha de maltrato hacia las personas mayores: maltrato psicológico, físico y sexual, negligencia y abuso económico, utilizando el criterio Kaiser para la retención de los factores ($\lambda \geq 1$).

Para la realización del análisis factorial se utilizó el método OBLIMIN directo, ya que el objetivo del análisis era obtener factores significativos teóricamente y, aunque en principio, el hecho de que esté presente un tipo de sospecha de maltrato no implica que tenga que estar presente ningún otro tipo, la literatura indica que es muy frecuente que se presenten de manera simultánea diversos tipos de maltrato.

Los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett indican la idoneidad de la realización de un análisis factorial para explicar los datos ya que el estadístico Chi-cuadrado es significativo ($\chi^2 = 164,7$; $p < ,01$).

Los análisis efectuados dan lugar a la existencia de tres factores que en conjunto explican un 88,80% de la varianza. En la tabla 2 se muestran los porcentajes de varianza explicada por cada uno de los tres factores y los porcentajes de varianza acumulados.

Tabla 2. Autovalores y porcentajes de varianza explicada por los factores que componen el EASI

Componente	Autovalor	% varianza	% varianza acumulada
1	1,659	41,479	41,479
2	1,051	26,272	67,752
3	,842	11,197	88,803

En la tabla 3 se muestran las correlaciones entre los diferentes ítems pertenecientes al EASI.

Tabla 3. Matriz de correlaciones entre los diferentes ítems pertenecientes al EASI

		Negligencia	Maltrato psicológico	Abuso económico	Maltrato físico y sexual
Correlación	Negligencia	1,000	,357**	-,013	,073
	Maltrato psicológico		1,000	,110*	,464**
	Abuso económico			1,000	,151**
	Maltrato físico y sexual				1,000

a Determinante = ,658

* p< .05

** p< .01

En la tabla 4 se observan las saturaciones de cada variable, una vez eliminadas las que presentan valores inferiores a $\pm .30$ consideradas como de escasa significación estadística. La matriz utilizada para presentar estos resultados es la matriz de configuración que al representar la contribución neta de cada variable en cada factor constituye la manera más fácil de interpretar la solución factorial.

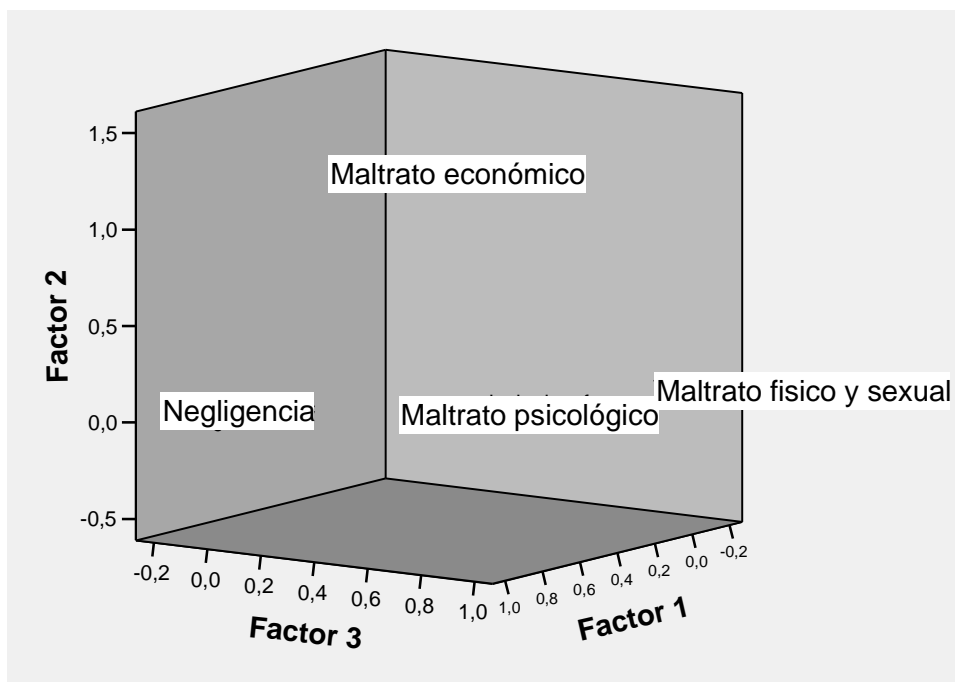
Tabla 4. Matriz de configuración de los factores que componen el EASI

Factores rotados OBLIMIN directo				
Variables	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Comunalidades
Negligencia			,969	,929
Maltrato psicológico	,709	,	,388	,763
Abuso económico		1		1
Maltrato físico y sexual	,943	,		,860

El factor 1 está compuesto principalmente por lo que algunos autores han englobado bajo el término maltrato interpersonal (O’Keeffe, et al., 2007), el maltrato psicológico y el físico y sexual, explicando un 41,48% de la varianza. En el factor 2 satura el abuso económico explicando un 26,27% de la varianza. En el factor 3 saturan la negligencia y el maltrato psicológico, explicando un 11,20% de la varianza. En este factor, el maltrato psicológico tiene un peso

mucho menor que el mostrado en el factor 1. En el gráfico 1 se muestra la representación espacial de los diferentes tipos de maltrato.

Gráfico 1. Representación espacial de los diferentes tipos de maltrato según los factores obtenidos a partir del EASI.



La correlación entre los factores es bastante baja. Concretamente, la correlación entre maltrato interpersonal y económico es .15, la correlación entre maltrato interpersonal y negligencia es .19 y la correlación entre maltrato económico y negligencia es -.01.

La fiabilidad del EASI se ha analizado a través de la consistencia interna con el objetivo de determinar la coherencia interna entre los ítems. Se obtuvo un valor de .49 según el coeficiente alpha de Cronbach. En la tabla 5 pueden observarse algunos datos adicionales sobre la contribución de cada ítem a la coherencia interna de la escala. Así, todos los elementos, a excepción del abuso económico, contribuyen positivamente ya que si se eliminaran, la consistencia interna sería inferior a .49. En cambio, si se eliminara el abuso económico la consistencia interna aumentaría hasta .53. La contribución de la sospecha de abuso económico es la menor de los cuatro y la sospecha de maltrato psicológico es la mayor ya que presenta la mayor correlación con el

total de la escala (.55) y su eliminación reduciría significativamente la consistencia interna de la escala (.14).

Tabla 5. Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI).

Estadísticos de consistencia total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Negligencia	,3788	1,360	,298	,411
Maltrato psicológico	,1439	,453	,549	,144
Abuso económico	,4318	1,861	,110	,534
Maltrato físico y sexual	,3864	1,417	,402	,362

Estos resultados demuestran que las respuestas a los diferentes ítems no son consistentes, no van en la misma dirección. Es decir, la sospecha de un tipo de maltrato, no implica necesariamente la presencia de sospecha de algún otro tipo.

La validez criterial del EASI se ha evaluado mediante un análisis de contingencia que contrasta el juicio de los dos profesionales que aplicaron los dos instrumentos de sospecha de maltrato (EASI y FETS respectivamente) en cada una de las fases del estudio. Además, este tipo de validez se ha evaluado también utilizando un análisis de curva Características de Operación del Receptor (curva COR).

Los resultados del análisis de contingencia se resumen en la tabla 6. Se ha evidenciado la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el juicio de los profesionales correspondiente a las dos fases de la evaluación ($\chi^2 = 116,7$; $p < ,01$). Además, la asociación entre ambos juicios es fuerte ($\Phi = .59$; $p < ,01$). Tal y como muestra la tabla, los residuos corregidos indican que el profesional de la segunda fase tiende significativamente a

informar de no sospecha de maltrato cuando el primer profesional ha indicado lo mismo. Esto se observa en un 96,3% (N = 286) de todos los casos en los que el segundo profesional informa que no existe sospecha de maltrato. De la misma forma, el segundo profesional tiende significativamente a informar de sospecha de maltrato, cuando el primer profesional ha emitido el mismo juicio, observándose esta tendencia en un 58,5% (N = 24) de todos los casos señalados como sospecha de maltrato por el segundo profesional. La entrevista FETS, además, permite detectar un 41,5% adicional (N = 17) que no fueron identificados inicialmente.

Tabla 6. Concordancia entre el juicio de sospecha en las dos fases de evaluación

			Existencia de sospecha de maltrato mediante el juicio del profesional tras aplicar el FETS		
			No	Sí	Total
Existencia de sospecha de maltrato mediante el juicio del profesional tras aplicar el EASI	No	N	286	17	303
		% criterio EASI	94,4%	5,6%	100,0%
		% criterio FETS	96,3%	41,5%	89,6%
		Residuos corregidos	10,8	-10,8	
	Sí	N	11	24	35
		% criterio EASI	31,4%	68,6%	100,0%
		% criterio FETS	3,7%	58,5%	10,4%
		Residuos corregidos	-10,8	10,8	
Total		N	297	41	338
		% criterio EASI	87,9%	12,1%	100,0%
		% criterio FETS	100,0%	100,0%	100,0%

Como se ha mencionado anteriormente, la validez criterial del EASI también se estimó a través de la curva COR. Esta curva ofrece un método gráfico que permite determinar el punto óptimo de clasificación a partir de las funciones de diferenciación entre dos grupos, además de obtener la sensibilidad y especificidad del instrumento utilizado. Concretamente, en este trabajo se muestra la capacidad del EASI para discriminar entre individuos con

o sin sospecha de maltrato, siendo el juicio del profesional de la segunda fase de evaluación, el criterio utilizado.

Se han realizado tres análisis de curva COR distintos. Uno incluyendo a todos los sujetos de la muestra y otros dos, diferenciando la información procedente de Atención Primaria y de Servicios Sociales, respectivamente.

Respecto a los resultados de la muestra total, en la tabla 7 y gráfico 2 puede observarse que la capacidad de discriminación del EASI en la muestra total es significativa ya que deja un área importante bajo la curva (.76), acercándose al valor máximo de 1 y superando significativamente la diagonal que reflejaría lo que sería esperable por azar. Presenta, por tanto, capacidad de discriminación entre las personas mayores con y sin sospecha de maltrato.

Gráfico 2. Curva COR para la muestra total

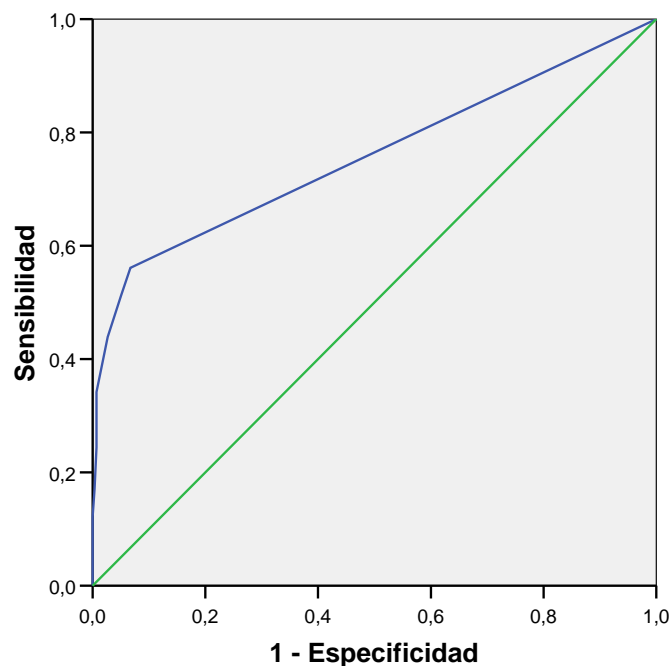


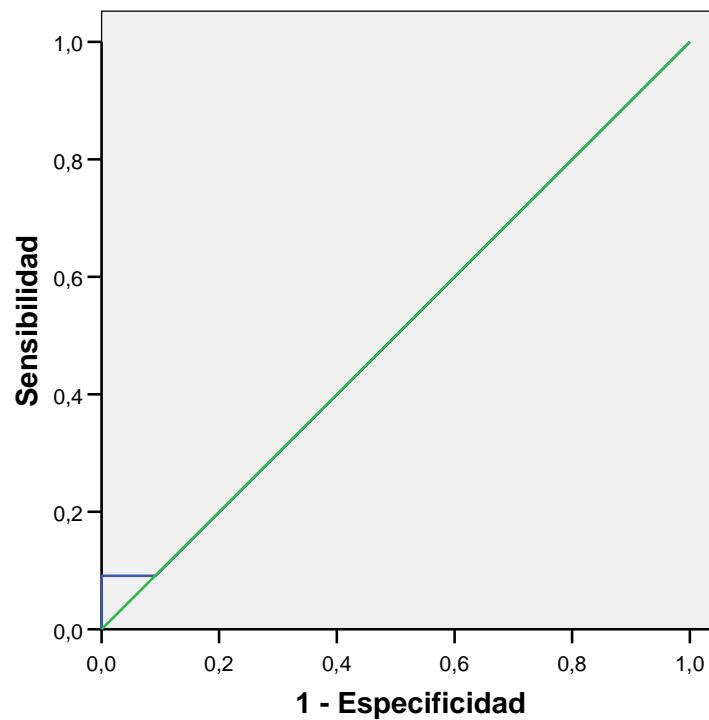
Tabla 7. Comparación de las curvas COR en función del ámbito de aplicación

	Muestra total N = 396	Atención Primaria N = 166	Servicios Sociales N = 230
Punto óptimo de corte	1	1	1
Sensibilidad	51%	9%	67%
Especificidad	95%	93%	96%
Falsos negativos	49%	91%	33%
Falsos positivos	5%	7%	4%
Valor predictivo positivo	90%	56%	94%
Valor predictivo negativo	35%	50%	74%
Área bajo la curva	.76	.50	.85
Sig. Asintótica	p = .00	p = .97	p = .00
Intervalo de confianza asintótico al 95%	.66-.86	.32-.68	.75-.95
Error típico	.050	.094	.050
Índice de Youden	.46	.01	.7

Para tomar la decisión de cuál es el punto de corte más adecuado se ha utilizado el Índice de Youden (Youden, 1950). Este índice viene dado por el valor obtenido por la fórmula $[(\text{Sensibilidad} + \text{Especificidad}) - 1]$. Los valores cercanos a 1 indican que tanto la sensibilidad como la especificidad asociadas a esa puntuación son elevadas.

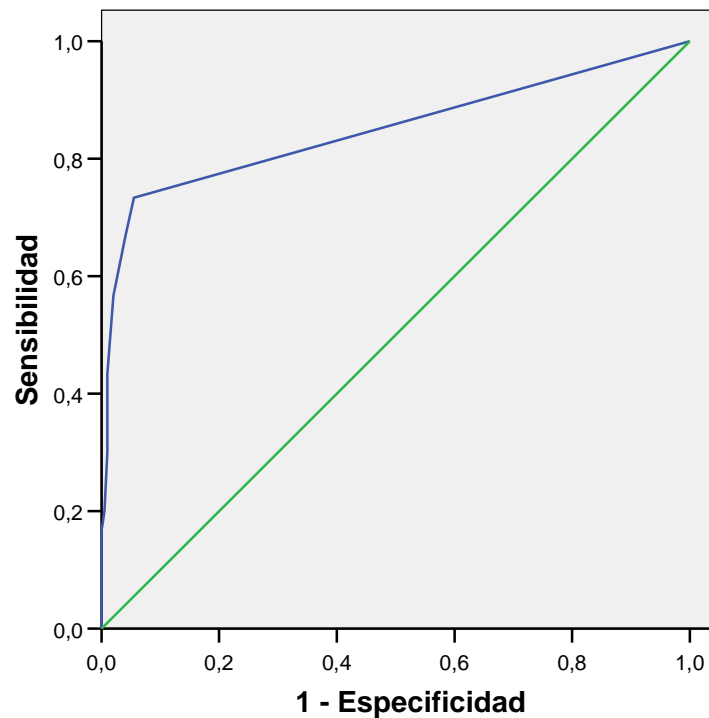
Respecto a los resultados del análisis de curva COR en la muestra de Atención Primaria, en la tabla 7 y en el gráfico 3 puede observarse que la capacidad de discriminación del EASI en la muestra de Atención Primaria no es significativa en este caso ya que el área bajo la curva es .50, no superando significativamente lo que sería esperable por azar, representado por la diagonal. No presenta por tanto capacidad de discriminación entre las personas mayores con y sin sospecha de maltrato. Además, la sensibilidad es muy baja (9%).

Gráfico 3. Curva COR para muestra de Atención Primaria



Al considerar exclusivamente los resultados de la curva COR de la muestra de Servicios Sociales (ver tabla 7 y gráfico 4) puede observarse que la capacidad de discriminación del EASI es significativa ya que deja un área importante bajo la curva (.85), acercándose al valor máximo de 1 y superando significativamente la diagonal que reflejaría lo que sería esperable por azar. Presenta por tanto una buena capacidad de discriminación entre las personas mayores con y sin sospecha de maltrato.

Gráfico 4. Curva COR para muestra de Servicios Sociales



En resumen, respecto a la validez criterial es importante destacar dos de los resultados encontrados. Por un lado, el instrumento utilizado en la primera fase (EASI), no detecta al 41,5% ($N = 17$) de los casos en los que finalmente sí se sospecha maltrato. Por otro lado, se encuentra una diferencia significativa en la sensibilidad y la especificidad del instrumento EASI en función del contexto en el que se han recogido los datos, siendo los resultados superiores en centros de Servicios Sociales. Además, se empleó un test no paramétrico basado en el test de rangos de Wilcoxon, propuesto por Hanley y McNeil (1982) para realizar el contraste entre las áreas bajo la curva de Atención Primaria y Servicios Sociales. Se encontró la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas áreas ($z = 3.29$; $p = .001$).

3.2.3. Concordancia entre diferentes criterios de sospecha de maltrato

En este apartado se analiza la concordancia entre diferentes criterios de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. El propósito es indagar el

grado de acuerdo entre diferentes fuentes y considerar si éste varía en función de los distintos centros de recogida de información (ver tabla 8).

Tabla 8. Concordancias entre diferentes criterios de sospecha de maltrato

Fase estudio	Tipo de maltrato	Informante 1	Informante 2
Primera	Cualquier tipo	Información persona mayor (EASI)	Juicio del profesional (EASI)
Ambas	Cualquier tipo	Juicio del profesional (EASI)	Juicio del profesional (FETS)
Ambas	Psicológico	Juicio del profesional (EASI)	Juicio del profesional (FETS)
Ambas	Físico y sexual	Juicio del profesional (EASI)	Juicio del profesional (FETS)
Ambas	Negligencia	Juicio del profesional (EASI)	Juicio del profesional (FETS)
Ambas	Económico	Juicio del profesional (EASI)	Juicio del profesional (FETS)

Concordancia entre la información del EASI declarada por la persona mayor y el juicio del profesional por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)

El propósito de este análisis es averiguar hasta qué punto la información proporcionada por la persona mayor al aplicarle el EASI es consistente con el juicio que hace el profesional seguidamente. Se ha encontrado la existencia de una relación significativa entre ambos resultados, independientemente del contexto en el que haya recogido la información (Atención Primaria, $\chi^2 = 19,68$; $p < .01$; Servicios Sociales, $\chi^2 = 104,42$; $p < .01$). Sin embargo, a pesar de ser significativa, esta relación es baja en Atención Primaria, $\Phi = ,34$; $p < .01$ y alta en Servicios Sociales, $\Phi = ,67$; $p < .01$). Si observamos en la tabla 9 los residuos corregidos, tanto en Atención Primaria como en Servicios Sociales, se muestra que es significativamente más probable que el profesional informe que

existe sospecha de maltrato cuando la persona mayor ha señalado que está siendo maltratada. En Atención Primaria esto ocurre en un 55,6% (N = 5) de todos los casos que el profesional informa de sospecha de maltrato, y en Servicios Sociales está presente en un 74,2% (N = 23) de todos los casos que el profesional informa de sospecha de maltrato. Al igual, existe una tendencia significativa entre que el profesional señale no sospecha de maltrato cuando la persona mayor ha informado que no está siendo maltratada. En Atención Primaria sucede en un 91,7% (N = 144) de todos los casos que el profesional informa que no existe sospecha de maltrato y en Servicios Sociales se observa en un 95% (N = 189) de todos los casos que el profesional informa que no existe sospecha de maltrato.

Al analizar los casos en los que no existe acuerdo entre la información proporcionada por la persona mayor y el juicio emitido por el profesional se encuentra que en el ámbito de la Atención Primaria en el 2,7% de los casos (N = 4) aunque la persona mayor señala que no está siendo maltratada, el profesional sí informa de sospecha de maltrato, y en el 72,2% de los casos (N = 13) en los que la persona mayor indica que está siendo maltratada, el profesional no ratifica la sospecha del maltrato. En el ámbito de los Servicios Sociales se encuentra que en el 4,1% de los casos (N = 8) en los que la persona mayor informa que no está siendo maltratada el profesional sí indica la presencia de sospecha de maltrato, mientras que en el 30,3% de los casos (N = 10) en los que la persona mayor manifiesta ser maltratada el profesional informa que no hay sospecha.

Tabla 9. Concordancia entre la información extraída del EASI declarada por la persona mayor y el juicio del profesional por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)

Ámbito de recogida de la información				Existencia de sospecha de maltrato según profesional		
				No	Sí	Total
Atención Primaria	Existencia de sospecha de maltrato según persona mayor	No	N	144	4	148
			% EASI pm	97,3%	2,7%	100,0%
			% EASI prof	91,7%	44,4%	89,2%
			RC	4,4	-4,4	
		Sí	N	13	5	18
			% EASI pm	72,2%	27,8%	100,0%
			% EASI prof	8,3%	55,6%	10,8%
			RC	-4,4	4,4	
		Total	N	157	9	166
			%	100	100	100
Servicios Sociales	Existencia de sospecha de maltrato a partir de la información extraída del EASI	No	N	189	8	197
			% EASI pm	95,9%	4,1%	100,0%
			% EASI prof	95,0%	25,8%	85,7%
			RC	10,2	-10,2	
		Sí	N	10	23	33
			% EASI pm	30,3%	69,7%	100,0%
			% EASI prof	5,0%	74,2%	14,3%
			RC	-10,2	10,2	
		Total	N	199	31	230
			%	100	100	

RC = Residuos corregidos

EASI pm = Existencia de maltrato a partir de la información extraída del EASI a la persona mayor

EASI prof= Existencia de sospecha de maltrato mediante el juicio del profesional tras aplicación EASI

Concordancia entre el juicio de sospecha de maltrato en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)

El objetivo de los siguientes análisis es determinar, en función del ámbito en el que intenta establecerse la sospecha de maltrato, cuál es el grado de concordancia entre la información procedente de los instrumentos EASI y

FETS. Como se ha comentado en otras ocasiones, el segundo profesional no conocía el juicio del primer profesional respecto a la sospecha de maltrato.

Concordancia de sospecha de maltrato general

Los resultados del análisis de contingencia se resumen en la tabla 10. Se ha encontrado la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el juicio de los profesionales correspondiente a las dos fases de la evaluación independientemente del contexto de recogida de la información (Atención Primaria, $\chi^2 = 7,29$; $p < .01$; Servicios Sociales, $\chi^2 = 105,46$; $p < .01$). En Atención Primaria, a pesar de que la relación es significativa, ésta es débil (Phi = ,26; $p < .01$), mientras en Servicios Sociales, es fuerte (Phi = ,68; $p < .01$).

Tal y como se observa en la tabla, los residuos corregidos muestran cómo el segundo profesional tiende significativamente a informar de no sospecha de maltrato cuando el primer profesional ha indicado lo mismo, independientemente del ámbito de recogida de la información. En Atención Primaria esto ocurre en un 98,0% (N = 96) de todos los casos en los que el segundo profesional informa de no sospecha de maltrato, y en Servicios Sociales está presente en un 95,5% (N = 190) de todos los casos en los que el segundo profesional informa de no sospecha de maltrato. Igualmente, el segundo profesional tiende significativamente a informar de sospecha de maltrato, cuando el primer profesional ha emitido este juicio. En Atención Primaria esto ocurre en un 18,2% (N = 2) de todos los casos en los que el segundo profesional informa de la presencia de sospecha de maltrato, y en Servicios Sociales está presente en un 73,3% (N = 22) de todos los casos en los que el segundo profesional informa de la presencia de sospecha de maltrato.

A continuación se analizan los casos en los que no existe acuerdo entre los juicios de ambos profesionales. En el ámbito de la Atención Primaria se encuentra que cuando inicialmente no existe sospecha de maltrato en un 8,6% de los casos (N = 9) este juicio no se mantiene tras la aplicación del FETS. De

forma inversa, cuando inicialmente sí existe sospecha de maltrato en dos de cada cuatro casos no se confirma el juicio de sospecha.

En el ámbito de los Servicios Sociales se encuentra que cuando inicialmente no existe sospecha de maltrato en un 4% de los casos (N = 8) este juicio no se mantiene tras la aplicación del FETS. De forma inversa, cuando inicialmente sí existe sospecha de maltrato en un 29% de los casos (N = 9) no se confirma el juicio de sospecha.

En Atención Primaria un 81,8% de los casos (N = 9) de sospecha son adicionales a los detectados por el EASI, mientras que en Servicios Sociales esto es así sólo en el 26,7% de los casos (N = 8).

Tabla 10. Concordancia entre el juicio de sospecha de maltrato en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)

				Existencia de sospecha de maltrato mediante el juicio del profesional tras la aplicación del FETS		
				No	Sí	Total
Atención Primaria	Existencia de sospecha de maltrato mediante el juicio del profesional tras la aplicación del EASI	No	N	96	9	105
			% post EASI	91,4%	8,6%	100,0%
			%FETS	98,0%	81,8%	96,3%
			RC	2,7	-2,7	
		Sí	N	2	2	4
			% post EASI	50,0%	50,0%	100,0%
			%FETS	2,0%	18,2%	3,7%
			RC	-2,7	2,7	
		Total	N	98	11	109
			%	100%	100%	100%
Servicios Sociales	Existencia de sospecha de maltrato mediante el juicio del profesional tras la aplicación del EASI	No	N	190	8	198
			% post EASI	96,0%	4,0%	100,0%
			%FETS	95,5%	26,7%	86,5%
			RC	10,3	-10,3	
		Sí	N	9	22	31
			% post EASI	29,0%	71,0%	100,0%
			%FETS	4,5%	73,3%	13,5%
			RC	-10,3	10,3	
		Total	N	199	30	229
			%	100%	100%	100%

FE = Frecuencia esperada

RC = Residuos corregidos

% post EASI = Opinión del profesional tras la aplicación del EASI

%FETS= Opinión del profesional tras la aplicación del FETS

Concordancia de sospecha de maltrato psicológico

Se ha analizado la relación entre la sospecha de maltrato psicológico en los dos momentos de evaluación diferenciado en función del contexto de recogida de la información. Existe una relación estadísticamente significativa entre ambos juicios independientemente del contexto (Atención Primaria, $\chi^2 = 13,6$; $p < .01$; Servicios Sociales, $\chi^2 = 113,76$; $p < .01$). Sin embargo, esta

relación es débil en Atención Primaria ($\Phi = ,36$; $p < .01$), mientras en Servicios Sociales la relación es fuerte ($\Phi = ,70$; $p < .01$).

Observando los residuos tipificados en la tabla 11, se aprecia la existencia de un grado de acuerdo significativo entre el juicio de ambos profesionales cuando informan de no sospecha de maltrato, independientemente del ámbito de recogida de la información. En Atención Primaria esto ocurre en un 99,0% ($N = 97$) de todos los casos en los que el segundo profesional informa que no existe sospecha de maltrato, y en Servicios Sociales está presente en un 97,1% ($N = 199$) de todos los casos en los que el segundo profesional informa que no existe sospecha de maltrato. De la misma manera, existe un grado de acuerdo significativo entre el juicio de ambos cuando indican sospecha de maltrato psicológico, independientemente del contexto. En Atención Primaria esto ocurre en un 22,2% ($N = 2$) de todos los casos en los que el segundo profesional informa de la existencia de sospecha de maltrato, y en Servicios Sociales está presente en un 72,0% ($N = 18$) de todos los casos en los que el segundo profesional informa de la existencia de sospecha de maltrato.

En el ámbito de la Atención Primaria se encuentra que un 6,7% ($N = 7$) de los casos que no son detectados inicialmente sí son objeto de sospecha en la segunda fase del estudio. Mientras que por el contrario, el 33,3% de los casos ($N = 1$) que se detectan inicialmente, posteriormente no se confirman.

Y en el ámbito de los Servicios Sociales se encuentra que en el 3,4% de los casos ($N = 7$) de sospecha de maltrato psicológico que no son detectados inicialmente sí son objeto de sospecha en la segunda fase de estudio. Mientras que el 25% de los casos ($N = 6$) detectados inicialmente, no se ratifican posteriormente.

Una cuestión interesante es analizar la utilidad del EASI para detectar maltrato si se utiliza de forma exclusiva. Si en Atención Primaria se aplicara únicamente el EASI, no se detectaría al 77,8% ($N = 7$) de los casos que finalmente son considerados como sospechosos de maltrato psicológico. Y, si

en Servicios Sociales únicamente se aplicara el EASI, no se detectarían el 28% (N = 7) de los casos de sospecha de maltrato psicológico detectados finalmente.

Tabla 11. Concordancia entre el juicio de sospecha de maltrato psicológico en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)

				Existencia de sospecha de maltrato psicológico mediante el juicio del profesional tras la aplicación del FETS		
				No	Sí	Total
Atención Primaria	Existencia de sospecha de maltrato psicológico mediante el juicio del profesional tras la aplicación del EASI	No	N	97	7	104
			% psic EASI	93,3%	6,7%	100,0%
			% psic FETS	99,0%	77,8%	97,2%
			RC	3,7	-3,7	
		Sí	N	1	2	3
			% psic EASI	33,3%	66,7%	100,0%
			% psic FETS	1,0%	22,2%	2,8%
			RC	-3,7	3,7	
	Total		N	98	9	107
			%	100	100	100
Servicios Sociales	Existencia de sospecha de maltrato psicológico mediante el juicio del profesional tras la aplicación del EASI	No	N	199	7	206
			% psic EASI	96,6%	3,4%	100,0%
			% psic FETS	97,1%	28,0%	89,6%
			RC	10,7	-10,7	
		Sí	N	6	18	24
			% psic EASI	25,0%	75,0%	100,0%
			% psic FETS	2,9%	72,0%	10,4%
			RC	-10,7	10,7	
	Total		N	205	25	230
			%	100%	100%	100%

FE = Frecuencia esperada

RC = Residuos corregidos

% psic EASI = Sospecha maltrato psicológico EASI

% psic FETS = Sospecha maltrato psicológico FETS

Concordancia de sospecha de abuso económico

Con el propósito de averiguar la relación entre la sospecha de maltrato económico en los dos momentos de evaluación diferenciado en función del contexto de recogida de la información se ha realizado el análisis correspondiente. Este análisis reveló la relación estadísticamente significativa entre ambos juicios en Servicios Sociales ($\chi^2 = 11,3$; $p < .01$), aunque esta relación es débil ($\Phi = ,22$; $p < .01$).

En la tabla 12 se muestran los residuos tipificados en Servicios Sociales que establecen la presencia de un grado de acuerdo significativo entre el juicio de ambos profesionales cuando informan de no sospecha de maltrato económico. En Servicios Sociales esto ocurre en un 99,1% ($N = 222$) de todos los casos en los que el segundo profesional informa que no existe sospecha de maltrato. De la misma manera también existe un grado de acuerdo significativo entre el juicio de ambos cuando indican sospecha de maltrato económico. En Servicios Sociales esto ocurre en un 16,7% ($N = 1$) de todos los casos en los que el segundo profesional informa de la existencia de sospecha de maltrato.

En el ámbito de los Servicios Sociales se encuentra que en el 2,2% ($N = 5$) de los casos de sospecha de maltrato económico que no son detectados inicialmente sí son objeto de sospecha en la segunda fase de estudio. Mientras que el 66,7% de los casos ($N = 2$) detectados inicialmente, no se ratifican posteriormente.

En este caso también es interesante indagar la utilidad del EASI para detectar sospecha de maltrato económico si se utiliza de forma exclusiva. Si en Servicios Sociales únicamente se aplicara el EASI, no se detectarían 83,3% de los casos ($N = 5$) detectados de sospecha de maltrato económico finalmente.

Tabla 12. Concordancia entre el juicio de sospecha de maltrato económico en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)

				Existencia de sospecha de maltrato económico mediante el juicio del profesional tras la aplicación del FETS		
				No	Sí	Total
Atención Primaria	Existencia de sospecha de maltrato económico mediante el juicio del profesional tras la aplicación del EASI	No	N	106	1	107
			% econ EASI	99,1%	,9%	100,0%
			% econ FETS	100,0%	100,0%	100,0%
			RC	.	.	
	Total	Sí	N	0	0	0
			%	100,0%	100,0%	100,0%
Servicios Sociales	Existencia de sospecha de maltrato económico mediante el juicio del profesional tras la aplicación del EASI	No	N	222	5	227
			% econ EASI	97,8%	2,2%	100,0%
			% econ FETS	99,1%	83,3%	98,7%
			RC	3,4	-3,4	
	Total	Sí	N	2	1	3
			% econ EASI	66,7%	33,3%	100,0%
			% econ FETS	,9%	16,7%	1,3%
			RC	-3,4	3,4	
	Total		N	224	6	230
			%	100%	100%	100%

RC = Residuos corregidos

% econ EASI = Sospecha maltrato económico EASI

% econ FETS = Sospecha maltrato económico FETS

Concordancia de sospecha de negligencia

Se ha investigado la relación entre la sospecha de negligencia en los dos momentos de evaluación diferenciado en función del contexto de recogida de la información, encontrándose una relación estadísticamente significativa

entre ambos juicios en Servicios Sociales ($\chi^2 = 56,0$; $p < .01$), si bien la relación es débil ($\Phi = ,22$; $p < .01$).

En la tabla 13 se observa que en Servicios Sociales existe un grado de acuerdo significativo entre el juicio de ambos profesionales cuando informan de no sospecha de negligencia. En Servicios Sociales esto ocurre en un 97,4% ($N = 222$) de todos los casos en los que el segundo profesional informa que no existe sospecha de maltrato. De igual forma, existe un grado de acuerdo significativo entre el juicio de ambos cuando indican sospecha de negligencia. En Servicios Sociales esto ocurre en el 100% ($N = 2$) de los casos en los que el segundo profesional informa de la existencia de sospecha de maltrato.

En el ámbito de los Servicios Sociales se encuentra que el 75,0% de los casos ($N = 6$) detectados inicialmente, no se ratifican posteriormente.

De nuevo es interesante indagar la utilidad del EASI para detectar sospecha de negligencia si se utiliza de forma exclusiva. Se encuentra que únicamente es necesario aplicar el EASI para detectar los casos de sospecha de negligencia, en este caso la segunda fase no aporta información significativa en la detección.

Tabla 13. Concordancia entre el juicio de sospecha de negligencia en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)

				Existencia de sospecha de negligencia mediante el juicio del profesional tras la aplicación del FETS		
				No	Sí	Total
Atención Primaria	Existencia de sospecha de negligencia mediante el juicio del profesional tras la aplicación del EASI	No	N	104	3	107
			% negl EASI	97,2%	2,8%	100,0%
			% negl FETS	100,0%	100,0%	100,0%
			RC	.	.	
	Total	Sí	N	0	0	0
			N	104	3	107
			%	100,0%	100,0%	100,0%
Servicios Sociales	Existencia de sospecha de negligencia mediante el juicio del profesional tras la aplicación del EASI	No	N	222	0	222
			% negl EASI	100,0%	,0%	100,0%
			% negl FETS	97,4%	,0%	96,5%
			RC	7,5	-7,5	
	Total	Sí	N	6	2	8
			% negl EASI	75,0%	25,0%	100,0%
			% negl FETS	2,6%	100,0%	3,5%
			RC	-7,5	7,5	
	Total		N	228	2	230
			%	100,0%	100,0%	100,0%

RC = Residuos corregidos

% negl EASI = Sospecha negligencia EASI

% negl FETS = Sospecha negligencia FETS

Concordancia de sospecha de maltrato físico y sexual

Se ha explorado la relación entre la sospecha de maltrato físico y sexual en los dos momentos de evaluación diferenciado en función del contexto de recogida de la información. Este análisis muestra la relación estadísticamente

significativa entre ambos juicios en Servicios Sociales ($\chi^2 = 101,76$; $p < .01$), siendo ésta fuerte ($\Phi = ,61$; $p < .01$).

En la tabla 14 se ofrecen los residuos tipificados en Servicios Sociales que establecen la presencia de un grado de acuerdo significativo entre el juicio de ambos profesionales cuando informan de no sospecha de maltrato físico y sexual. En Servicios Sociales esto ocurre en el 100% ($N = 219$) de los casos en los que el segundo profesional informa que no existe sospecha de maltrato. Al mismo tiempo existe un grado de acuerdo significativo entre el juicio de ambos cuando indican sospecha de maltrato físico y sexual. En Servicios Sociales esto ocurre en un 45,5% ($N = 5$) de todos los casos en los que el segundo profesional informa de la existencia de sospecha de maltrato.

En el ámbito de los Servicios Sociales se encuentra que en el 2,7% de los casos ($N = 6$) de sospecha de maltrato físico y sexual que no son detectados inicialmente sí son objeto de sospecha en la segunda fase de estudio. No existe ningún caso de maltrato físico y sexual detectado inicialmente.

Se indaga la utilidad del EASI para detectar sospecha de maltrato físico y sexual si se utiliza de forma exclusiva. Si en Servicios Sociales únicamente se aplicara el EASI, no se detectarían 54,5% de los casos ($N = 6$) detectados finalmente.

Tabla 14. Concordancia entre el juicio de sospecha de maltrato físico y sexual en las dos fases de evaluación por ámbito de recogida de la información (Atención Primaria o Servicios Sociales)

				Existencia de sospecha de maltrato físico y sexual mediante el juicio del profesional tras la aplicación del FETS		
				No	Sí	Total
Atención Primaria	Existencia de sospecha de maltrato físico y sexual mediante el juicio del profesional tras la aplicación del EASI	No	N	104	3	107
			FE	104,0	3,0	107,0
			% fis_sex EASI	97,2%	2,8%	100,0%
			% fis_sex FETS	100,0%	100,0%	100,0%
			RC	.	.	
		Sí	N	0	0	0
	Total		N	104	3	107
			%	100%		100%
Servicios Sociales	Existencia de sospecha de maltrato físico y sexual mediante el juicio del profesional tras la aplicación del EASI	No	N	219	6	225
			% fis_sex EASI	97,3%	2,7%	100,0%
			% fis_sex FETS	100,0%	54,5%	97,8%
			RC	10,1	-10,1	
		Sí	N	0	5	5
			% fis_sex EASI	,0%	100,0%	100,0%
			% fis_sex FETS	,0%	45,5%	2,2%
			RC	-10,1	10,1	
	Total		N	219	11	230
			%	100%	100%	100%

RC = Residuos corregidos

% fis_sex EASI = Sospecha maltrato físico y sexual EASI

% fis_sex FETS = Sospecha maltrato físico y sexual FETS

3.3. Prevalencia de sospecha de maltrato

A continuación se describen los índices de prevalencia de sospecha de maltrato obtenidos a partir de la muestra total y, diferenciándolos por tipo de sospecha de maltrato, ámbito de aplicación, sexo y responsable del maltrato.

Prevalencia de sospecha para la muestra total

La prevalencia de sospecha de maltrato obtenida para la muestra total es del 12,1%, tal y como se puede observar en la tabla 15.

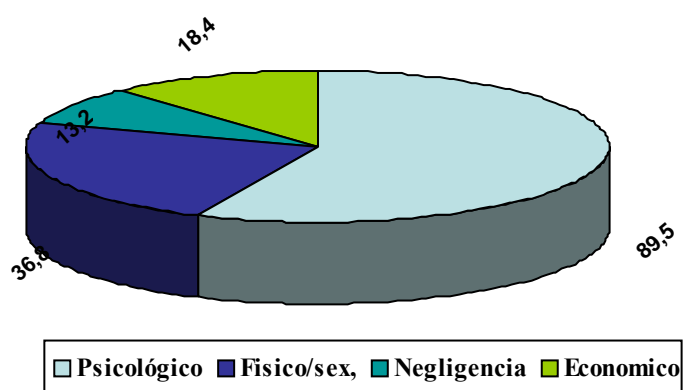
Tabla 15. Prevalencia de sospecha de maltrato para la muestra total

Sospecha	Frecuencia	Porcentaje
No	297	87,9
Sí	41	12,1
Total	338	100,0

Prevalencia de sospecha de los diferentes tipos maltrato

Con el propósito de comprobar la prevalencia de los diferentes tipos de maltrato, se realizó un análisis de variables de respuestas múltiples. En el gráfico 5, se recogen los resultados del análisis. Se observa que el tipo más frecuente de sospecha de maltrato es el psicológico, seguido del maltrato físico y sexual, siendo los menos frecuentes el abuso económico y la negligencia.

Gráfico 5. Prevalencia de sospecha de maltrato informada por el profesional en la segunda fase

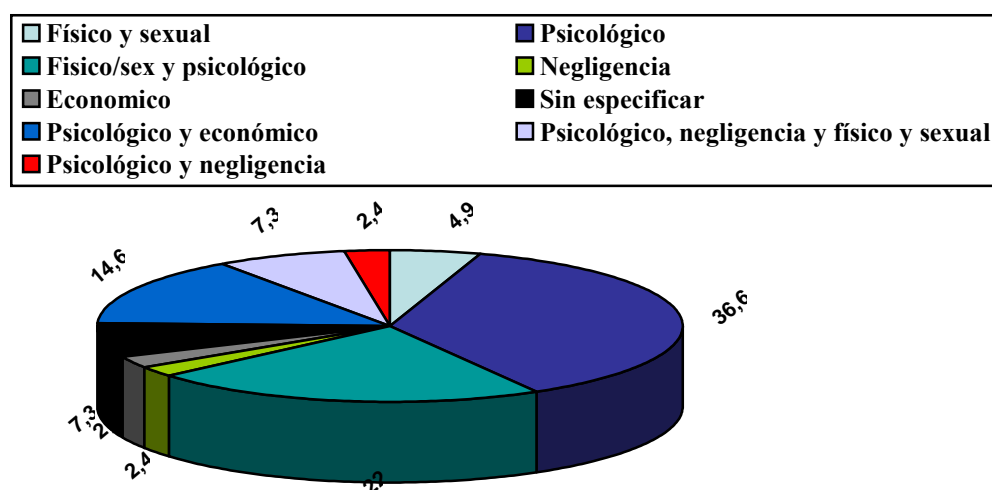


También se quería valorar la frecuencia con la que aparecían de forma simultánea los diversos tipos de maltrato. En la tabla 16, y en el gráfico 6 se observa que la combinación más frecuente de sospecha de maltrato era el psicológico combinado con maltrato físico y sexual.

Tabla 16. Prevalencia de tipos de maltrato de forma simultánea

Sospecha	Frecuencia	Porcentaje
Sin especificar	3	7,3
Psicológico	15	36,6
Físico y sexual- Psicológico	9	22,0
Psicológico-Económico	6	14,6
Psicológico-Negligencia- Físico y sexual	3	7,3
Físico y sexual	2	4,9
Negligencia	1	2,4
Psicológico-Negligencia	1	2,4
Económico	1	2,4
Total	41	100,0

Gráfico 6. Frecuencia simultánea de los diferentes tipos de maltrato



Prevalencia de sospecha de maltrato diferenciando por sexo

En la tabla 17 se observa que la proporción de sospecha de maltrato es mayor entre las mujeres para todos los tipos de maltrato.

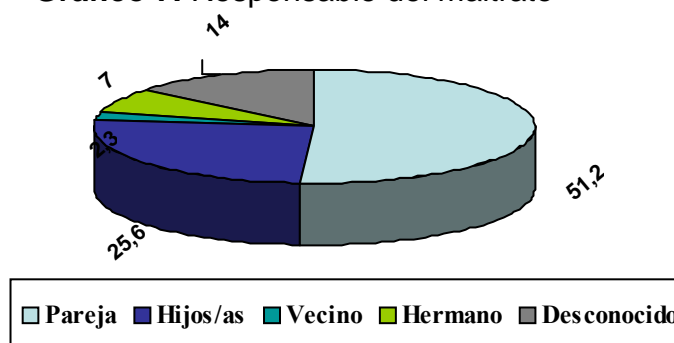
Tabla 17. Porcentaje sospecha de maltrato por sexo

Tipos maltrato	Hombre		Mujer		Total
	N	%	N	%	N
Psicológico	9	26,5	25	73,5	34
Físico y sexual	4	28,6	10	71,4	14
Negligencia	1	20,0	4	80,0	5
Económico	3	42,9	4	57,1	7

Prevalencia de sospecha de maltrato en función del responsable del mismo

En función de los resultados obtenidos se puede establecer que el responsable de sospecha de maltrato más frecuente es la pareja (72,7% hombres y 27,3% mujeres) seguido de los hijos/as (70% mujeres y 30% hombres), desconocido, hermano o un vecino. En el gráfico 7 se muestra su distribución.

Gráfico 7. Responsable del maltrato



Si analizamos quiénes son los responsables de la sospecha teniendo en cuenta los diferentes tipos de maltrato se encuentra que, en el caso de la sospecha de maltrato psicológico el responsable más frecuente es la pareja (56,8%) seguido de los/as hijos/as (27%). Respecto a la sospecha de maltrato físico y sexual nuevamente el responsable de maltrato es la pareja con más frecuencia (50%), seguido de los/as hijos/as (31,3%). Estos resultados cambian al evaluar la sospecha de negligencia donde los responsables más frecuente son los/as hijos/as (50%), seguido de la pareja (33,3%). Finalmente, en lo que se refiere a la sospecha de abuso económico se mantienen los resultados

observados en el maltrato psicológico y el físico y sexual, es decir, el responsable de la sospecha es con mayor frecuencia la pareja (62,5%) seguido de los hijos/as (12,5%).

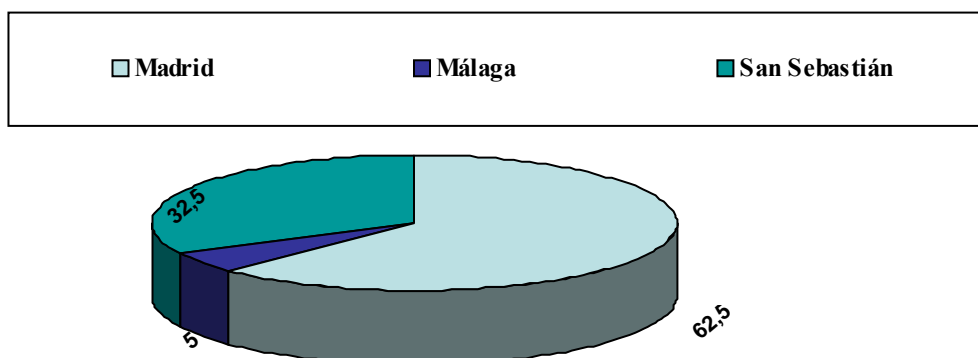
Prevalencia de sospecha de maltrato diferenciado por provincias

Se ha analizado la prevalencia de sospecha de maltrato diferenciando entre las provincias en las que se llevó a cabo el proyecto. Se ha encontrado un mayor índice de prevalencia en Madrid (15,2%; N = 25), tal y como puede apreciarse en la tabla 18. En el gráfico 8 se muestra qué porcentaje del 12,1% de prevalencia global fue encontrado en cada provincia.

Tabla 18. Prevalencia sospecha de maltrato por provincia

Sospecha	Madrid		Málaga		San Sebastián	
	N	%	N	%	N	%
No	139	84,8	39	90,7	119	90,8
Sí	25	15,2	4	9,3	12	9,2
Total	164	100,0	43	100,0	131	100,0

Gráfico 8. Porcentaje de prevalencia global en cada provincia



También se ha estimado cómo se distribuye la prevalencia de sospecha de maltrato entre los diferentes tipos de maltrato y provincias en las que se ha desarrollado el proyecto, tal y como muestra la tabla 19. Los índices de prevalencia de los diferentes tipos de maltrato son más altos en Madrid. Tan solo la sospecha de maltrato físico y sexual es similar a la de Málaga.

Tabla 19. Prevalencia sospecha de maltrato por tipo y provincia

Tipos maltrato	Sospecha	Madrid		Málaga		San Sebastián	
		N	%	N	%	N	%
Psicológico	No	142	86,6	37	90,2	124	93,9
	Sí	22	13,4	4	9,8	8	6,1
	Total	164	100,0	41	100,0	132	100,0
Físico y sexual	No	156	95,1	39	95,1	128	97,0
	Sí	8	4,9	2	4,9	4	3,0
	Total	164	100,0	41	100,0	132	100,0
Negligencia	No	161	98,2	41	100,0	130	98,5
	Sí	3	1,8	0	0	2	1,5
	Total	164	100,0	41	100,0	132	100,0
Económico	No	159	97,0	41	100,0	130	98,5
	Sí	5	3,0	0	0	2	1,5
	Total	164	100,0	41	100,0	132	100,0

Prevalencia de sospecha de en función del tipo del contexto en el que fue recogida la información

En la tabla 20 se observa que el índice de prevalencia de sospecha de maltrato obtenido en Servicios Sociales es algo superior al encontrado en Atención Primaria.

Tabla 20. Prevalencia sospecha de maltrato por tipo de centro

Sospecha	Atención Primaria		Servicios Sociales	
	N	%	N	%
No	98	89,9	199	86,9
Sí	11	10,1	30	13,1
Total	109	100,0	229	100,0

También se ha analizado la distribución de la prevalencia de sospecha de maltrato en función del tipo concreto de sospecha y del ámbito en el que fue recogida la información. En la tabla 21 se muestran los resultados de este análisis. Se puede apreciar la existencia de una mayor prevalencia para cualquiera de los tipos de sospecha de maltrato en los centros de Servicios Sociales, a excepción de la negligencia, cuyo porcentaje es mayor en Atención Primaria.

Tabla 21. Prevalencia sospecha de maltrato por tipo de maltrato y de centro

Tipos maltrato		Atención Primaria		Servicios Sociales	
		N	%	N	%
Psicológico	No	98	91,6	205	89,1
	Sí	9	8,4	25	10,9
	Total	107	100,0	230	100,0
Físico y sexual	No	104	97,2	219	95,2
	Sí	3	2,8	11	4,8
	Total	107	100,0	230	100,0
Negligencia	No	104	97,2	228	99,1
	Sí	3	2,8	2	,9
	Total	107	100,0	230	100,0
Económico	No	106	99,1	224	97,4
	Sí	1	,9	6	2,6
	Total	107	100,0	230	100,0

Percepción del maltrato por parte de las personas mayores

Una cuestión relevante es conocer que porcentaje de las personas mayores en las que se sospecha maltrato se perciben así mismas como maltratadas. Para ello se ha creado una variable única a partir de dos cuestiones que evalúan percepción de maltrato en la persona mayor, de manera que si la persona mayor responde a una de ellas afirmativamente se considera que percibe que está siendo maltratada. Las preguntas eran “¿Cree que alguien cercano a usted le maltrata de alguna forma, ya sea de forma intencional o no?” y “¿Alguna vez ha sentido que alguien cercano a usted estaba haciéndole daño emocional, físico (por ejemplo, golpeándole o tratarle bruscamente), sexual o económico, o siendo negligente y descuidando sus necesidades básicas, ya sea de forma intencional o no?”. Teniendo en cuenta a toda la muestra, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la autopercepción de maltrato y el juicio profesional de maltrato ($\chi^2 = 118,61$; $p < .01$), siendo fuerte esta asociación ($\Phi = ,59$; $p < .01$).

Tal y como se observa en la tabla 22 los residuos tipificados corregidos muestran que en un porcentaje significativo el profesional considera la no

existencia de sospecha de maltrato cuando la persona mayor se autopercibe como no maltratada. Esto ocurre en un 93,2% (N = 276) de los casos en los que el profesional informa que no existe sospecha de maltrato. De la misma manera, el profesional indica sospecha de maltrato cuando la persona mayor se autopercibe como maltratada. Esto ocurre en un 70,7% (N = 29) de los casos en los que el profesional informa de la existencia de maltrato.

Se observa que en un 4,2% de los casos (N = 12) la persona mayor no se autopercibe como maltratada pero el profesional sí estima la presencia de dicha sospecha. Mientras que en un 40,8% de los casos (N = 20) la persona mayor se autopercibe como maltratada pero el profesional emite el juicio contrario.

Tabla 22. Autopercepción del maltrato en la muestra general tras la aplicación del FETS

			Existencia de sospecha de maltrato mediante el juicio del profesional		
			No	Sí	Total
Autopercepción de maltrato por parte de la persona mayor	No	N	276	12	288
		% malt percibido	95,8%	4,2%	100,0 %
		% FETS prof	93,2%	29,3%	85,5%
		RC	10,9	-10,9	
	Sí	N	20	29	49
		% malt percibido	40,8%	59,2%	100,0 %
		% FETS prof	6,8%	70,7%	14,5%
		RC	-10,9	10,9	
Total		N	296	41	337
		% FETS prof	100	100	

RC = Residuos tipificados corregidos

% FETS prof = Existencia de sospecha de maltrato mediante el juicio del profesional tras la aplicación del FETS

% malt percibido = Autopercepción de maltrato por parte de la persona mayor

También se ha examinado la autopercepción de maltrato en función del ámbito en el que se ha recogido la información, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre ambos resultados, independientemente del

contexto (Atención Primaria, $\chi^2 = 14,82$; $p < .01$; Servicios Sociales, $\chi^2 = 103,34$; $p < .01$). No obstante, a diferencia de Servicios Sociales, donde la relación entre ambos resultados es fuerte ($\Phi = ,67$; $p < .01$), en Atención Primaria, ésta es baja ($\Phi = ,37$; $p < .01$).

Si se observa la tabla 23 los residuos muestran que, independientemente del contexto en el que se recoja la información, existe un grado de acuerdo significativo cuando la persona mayor se autopercibe como no maltratada el profesional ratifica su percepción. Esto ocurre en Atención Primaria en un 92,9% ($N = 91$) de los casos en los que el profesional informa que no existe sospecha de maltrato y en Servicios Sociales en un 93,4% ($N = 185$) de los casos en los que el profesional informa que no existe sospecha de maltrato. Igualmente, cuando la persona mayor se autopercibe como maltratada el profesional tiende significativamente a emitir el mismo juicio. Esto ocurre en Atención Primaria en un 45,5% ($N = 5$) de los casos en los que el profesional informa de la existencia de sospecha de maltrato y en Servicios Sociales en un 80% ($N = 24$) de los casos en los que el profesional informa de la existencia de sospecha de maltrato.

En la tabla se aprecia que en Atención Primaria, en un 6,2% de los casos ($N = 6$) la persona mayor no se autopercibía como maltratada, pero el profesional sí indicaba la presencia de la sospecha y, en un 58,3% de los casos ($N = 7$) la persona mayor sí se autopercibía como maltratada y el profesional no ratificaba la sospecha. En Servicios Sociales, en un 3,1% de los casos ($N = 6$) aunque la persona mayor no se autopercibía como maltratada, el profesional sí establecía la sospecha y en el 35,1% de los casos ($N = 13$) la persona mayor se autopercibía como maltratada, pero el profesional no confirmaba su percepción.

Tabla 23. Percepción del maltrato en función del ámbito donde se recoja la información (Atención Primaria y Servicios Sociales)

Ámbito de recogida de la información				Existencia de sospecha de maltrato mediante el juicio del profesional		
				No	Sí	Total
Atención Primaria	Auto percepción de maltrato	No	N	91	6	97
			% malt percibido	93,8%	6,2%	100,0%
			% FETS prof	92,9%	54,5%	89,0%
			RC	3,8	-3,8	
		Sí	N	7	5	12
			% malt percibido	58,3%	41,7%	100,0%
			% FETS prof	7,1%	45,5%	11,0%
			RC	-3,8	3,8	
		Total	N	98	11	109
			% FETS prof	100%	100%	
Servicios Sociales	Auto percepción de maltrato	No	N	185	6	191
			% malt percibido	96,9%	3,1%	100,0%
			% FETS prof	93,4%	20,0%	83,8%
			RC	10,2	-10,2	
		Sí	N	13	24	37
			% malt percibido	35,1%	64,9%	100,0%
			% FETS prof	6,6%	80,0%	16,2%
			RC	-10,2	10,2	
		Total	N	198	30	228
			% FETS prof	100%	100%	100%

RC = Residuos tipificados corregidos

% FETS prof = Existencia de sospecha de maltrato mediante el juicio del profesional tras la aplicación del FETS

% malt percibido = Autopercepción de maltrato por parte de la persona mayor

También es interesante comprobar el porcentaje de personas mayores que se sienten maltratadas diferenciando por tipo de maltrato sospechado por el profesional tras la aplicación del FETS: físico y sexual, psicológico, económico o negligencia. Para facilitar la comprensión del texto de la tabla 24 sólo se proporciona información del porcentaje de personas mayores que

perciben que son maltratadas tanto si el profesional cree que existe sospecha como si cree que no existe sospecha de maltrato.

Tabla 24. Percepción de sospecha de maltrato por parte del profesional una vez que la persona mayor se autopercibe como maltratada

Tipo de maltrato	N	Sospecha de maltrato por el profesional		Significación χ^2
		Sí	No	
Psicológico	34	79,4%	20,6%	127,18**
Físico y sexual	14	78,6%	21,4%	47,84**
Negligencia	5	60,0%	40,0%	8,37**
Económico	7	71,5%	28,6%	18,47**

$p \leq .01^{**}$

Grado de seguridad, del profesional tras la aplicación del FETS, al realizar la evaluación

Se ha analizado hasta qué punto los profesionales están seguros de la evaluación que realizan. Este grado de seguridad se ha evaluado a través de Escalas Visuales Analógicas con una puntuación comprendida entre 0 = No seguro y 1 = Seguro. Analizando los datos de la muestra global se encuentra que el grado de seguridad es 0,97. Si se diferencia en función del contexto en el que se han recogido los datos, se encuentra que en Atención Primaria el grado de seguridad es del 0,96 y en Servicios Sociales es 0,97.

3.4. Factores asociados a la sospecha de maltrato

En este apartado se examina si las 41 personas sobre las que existe sospecha de maltrato se diferencian de aquellas sobre las que no recae dicha sospecha en factores asociados al riesgo de maltrato que en la literatura científica se señalan como relevantes, incluyendo algunas características sociodemográficas. El resultado del análisis permite indagar en la existencia de

un perfil diferenciador que aumente la probabilidad de pertenecer al colectivo de personas mayores con sospecha de maltrato. Al igual que en otras ocasiones, el criterio de sospecha de maltrato utilizado ha sido el juicio del profesional de la segunda fase. Debido a que muchos datos pueden no ser aplicables en algunos de los participantes el número total de la muestra puede variar entre los diferentes factores de riesgo evaluados.

Entre las variables evaluadas se incluyen características de la persona mayor (sexo, edad, salud percibida, tristeza, aislamiento, situación económica, estado civil, nivel educativo, dependencia funcional), del posible responsable del maltrato (enfermedad física, abuso de sustancias, trastornos cognitivos) y del contexto de la situación (conflictos familiares, problemas de convivencia, calidad de la relación, tipo de convivencia). Todas estas variables han sido extraídas del FETS.

A continuación se describen los resultados obtenidos más relevantes.

Sexo

En algunos estudios esta variable se ha encontrado como factor de riesgo del maltrato hacia las personas mayores, señalando, en la mayoría de ellos, que las mujeres lo experimentan con mayor frecuencia. Los resultados obtenidos en este trabajo van en la misma dirección.

Se ha encontrado la existencia de una relación significativa entre la sospecha de maltrato y el sexo de la persona mayor ($\chi^2 = 4,54$; $p < ,05$). No obstante, a pesar de ser significativa, la asociación es bastante baja ($\Phi = ,12$; $p < ,05$). En la tabla 25 se puede apreciar la proporción de sospecha de maltrato es significativamente mayor en mujeres (15,2%) que en hombres (7,5%).

Tabla 25. Relación entre sospecha de maltrato y sexo de la persona mayor

			Sexo de la persona mayor		
			Hombre	Mujer	Total
Sospecha de Maltrato	No	N	124	173	297
		% sexo	92,5%	84,8%	87,9%
		Residuos corregidos	2,1	-2,1	
	Sí	N	10	31	41
		% sexo	7,5%	15,2%	12,1%
		Residuos corregidos	-2,1	2,1	
Total		N	134	204	338

% sexo = Sexo de la persona mayor

Conflictos familiares

Otro factor de riesgo al que se hace referencia en la literatura es la presencia de conflictos familiares. Para analizar la presencia de ese factor de riesgo en la muestra analizada se ha creado una variable denominada “conflictos familiares” que incluye la presencia de conflicto con la pareja, con los hijos o con los nietos.

Se ha evidenciado la existencia de una relación significativa entre la sospecha de maltrato y la presencia de conflictos familiares ($\chi^2 = 7,32$; $p < ,01$), si bien la asociación es débil ($\Phi = .20$; $p < ,01$). En la tabla 26 se observa que la sospecha de maltrato es significativamente mayor si están presentes conflictos familiares (21,4%) que si éstos no están presentes (0%).

Tabla 26. Relación entre sospecha de maltrato y conflictos familiares

			Conflictos familiares		
			No	Sí	Total
Sospecha de Maltrato	No	N	28	125	153
		% conflictos	100,0%	78,6%	81,8%
		Residuos corregidos	2,7	-2,7	
	Sí	N	0	34	34
		% conflictos	,0%	21,4%	18,2%
		Residuos corregidos	-2,7	2,7	
Total		N	28	159	187

% conflictos = Conflictos familiares

Enfermedad física en la pareja de la persona mayor

Se ha estudiado la relación entre la sospecha de maltrato y la presencia de enfermedad física en la pareja de la persona mayor. El análisis reveló la presencia de una relación significativa entre ambas ($\chi^2 = 7,16$; $p < ,01$), aunque dicha relación es débil y negativa ($\Phi = -.25$; $p < ,01$). En la tabla 27 los residuos tipificados muestran la existencia de una proporción de sospecha de maltrato significativamente mayor cuando la pareja de la persona mayor no padece enfermedad física (34,4%) frente a que presente enfermedad física (12,8%). Se ha estudiado quién es el responsable de los casos de sospecha de maltrato cuando la pareja de la persona mayor no padece enfermedad física alguna, encontrando que con mayor frecuencia la pareja es el responsable del maltrato (76,9%).

Tabla 27. Relación entre sospecha de maltrato y enfermedad física en la pareja

			Enfermedad física en la pareja de la persona mayor		
			No	Sí	Total
Sospecha de Maltrato	No	N	21	75	96
		% enfermedad física	65,6%	87,2%	81,4%
		Residuos corregidos	-2,7	2,7	
	Sí	N	11	11	22
		% enfermedad física	34,4%	12,8%	18,6%
		Residuos corregidos	2,7	-2,7	
Total		N	32	86	118

% enfermedad física = Enfermedad física en la pareja de la persona mayor

Abuso de sustancias en la pareja de la persona mayor

Se ha analizado la existencia de una relación entre la sospecha de maltrato y que la pareja de la persona mayor presente problemas de abuso de sustancias encontrándose una relación significativa entre ambas ($\chi^2 = 22,78$; $p < ,01$), si bien la asociación es moderada ($\Phi = .44$; $p < ,01$). Si observamos la tabla 28, teniendo en cuenta los residuos tipificados muestran que el porcentaje de sospecha de maltrato es significativamente más elevado cuando la pareja de la persona mayor presenta abuso de sustancias (100%) en comparación con cuando no presenta abuso de sustancias (15,0%). Este mismo resultado se ha encontrado en la literatura revisada, Se ha estudiado quién es el responsable de los casos de sospecha de maltrato cuando la pareja de la persona mayor presenta abuso de sustancias, encontrando que con mayor frecuencia la pareja es el responsable (83,3%) del maltrato.

Tabla 28. Relación entre sospecha de maltrato y abuso de sustancias en la pareja

			Abuso de sustancias en la pareja de la persona mayor		
			No	Sí	Total
Sospecha de Maltrato	No	N	96	0	96
		% abuso sustancias	85,0%	,0%	81,4%
		Residuos corregidos	4,8	-4,8	
	Sí	N	17	5	22
		% abuso sustancias	15,0%	100,0%	18,6%
		Residuos corregidos	-4,8	4,8	
Total		N	113	5	118

% abuso sustancias = Abuso de sustancias en la pareja de la persona mayor

Presencia de trastorno cognitivo en la pareja de la persona mayor

Se ha examinado la relación entre la sospecha de maltrato y que la pareja de la persona mayor presente trastornos cognitivos como demencia o Parkinson observando la existencia de una relación significativa ($\chi^2 = 4,25$; $p < ,05$). Sin embargo, a pesar de ser significativa, la relación es débil ($\Phi = .19$; $p < ,05$). De la misma forma que en otros estudios revisados, en la tabla 29 los residuos tipificados indican la presencia de una mayor proporción de sospecha de maltrato cuando la pareja de la persona mayor presenta trastorno cognitivo (35,0%) frente a cuando la pareja no presenta trastorno cognitivo (15,3%). Se ha analizado quién es el responsable de los casos de sospecha de maltrato cuando la pareja de la persona mayor presenta problemas cognitivos, encontrando que con mayor frecuencia la pareja es el responsable de la sospecha de maltrato (75%).

Tabla 29. Relación entre sospecha de maltrato y problemas cognitivos en la pareja

			Problemas cognitivos en la pareja de la persona mayor		
			No	Sí	Total
Sospecha de Maltrato	No	N	83	13	96
		% problemas cognitivos	84,7%	65,0%	81,4%
		Residuos corregidos	2,1	-2,1	
	Sí	N	15	7	22
		% problemas cognitivos	15,3%	35,0%	18,6%
		Residuos corregidos	-2,1	2,1	
Total		N	98	20	118

% problemas cognitivos = Problemas cognitivos en la pareja de la persona mayor

Problemas de convivencia

Se ha realizado el análisis correspondiente para comprobar la existencia de una relación entre la sospecha de maltrato y si existen o no problemas en la convivencia actual. Los resultados del mismo evidencian la existencia de una relación significativa entre ambas ($\chi^2 = 22,5$; $p < .01$), pese a que la relación es débil ($\Phi = .26$; $p < .01$). En la tabla 30 se puede apreciar que la sospecha de maltrato es significativamente mayor si existen problemas de convivencia (29,0%) en comparación con cuando no existen dichos problemas (7,9%).

Tabla 30. Relación entre sospecha de maltrato y problemas de convivencia

			Problemas de convivencia		Total
			No	Sí	
Sospecha de Maltrato	No	N	244	49	293
		% problemas convivencia	92,1%	71,0%	87,7%
		Residuos corregidos	4,7	-4,7	
	Sí	N	21	20	41
		% problemas convivencia	7,9%	29,0%	12,3%
		Residuos corregidos	-4,7	4,7	
Total		N	265	69	334

% problemas = Problemas de convivencia

Salud percibida por la persona mayor

Se ha analizado la presencia de una relación entre la sospecha de maltrato y la salud percibida por la persona mayor, apreciando la existencia de una relación significativa y negativa entre ambas ($\chi^2 = 6,3$; $p < ,05$), aunque esta relación es bastante débil ($\Phi = -,14$ $p < ,05$). En la tabla 31 se aprecia que, al igual que en otros estudios analizados, se encuentra un porcentaje de sospecha de maltrato significativamente mayor cuando la salud percibida por la persona mayor es muy mala, mala o regular (17,4%) frente a los casos en los que la salud percibida por la persona mayor es buena o excelente (8,3%).

Tabla 31. Relación entre sospecha de maltrato y la salud percibida por la persona mayor

			Salud percibida por la persona mayor		
			Muy mala, mala o regular	Buena o excelente	Total
Sospecha de Maltrato	No	N	119	176	295
		% salud	82,6%	91,7%	87,8%
		Residuos corregidos	-2,5	2,5	
	Sí	N	25	16	41
		% salud	17,4%	8,3%	12,2%
		Residuos corregidos	2,5	-2,5	
Total		N	144	192	336

% salud = Salud percibida por la persona mayor

Tristeza

Se ha explorado la existencia de una relación entre la sospecha de maltrato y la tristeza en la persona mayor, observando una relación significativa entre ellas ($\chi^2 = 18,9$; $p < ,01$), a pesar de que esta relación es débil ($\Phi = .24$; $p < ,01$). Teniendo en cuenta los residuos tipificados, en la tabla 32 se puede apreciar que entre las personas mayores que están tristes la sospecha de maltrato es significativamente mayor (20,5%) que entre las que no están tristes (5,0%).

Tabla 32. Relación entre sospecha de maltrato y sentimientos de tristeza en la persona mayor

			Tristeza		
			No	Sí	Total
Sospecha de Maltrato	No	N	172	124	296
		% tristeza	95,0%	79,5%	87,8%
		Residuos corregidos	4,4	-4,4	
	Sí	N	9	32	41
		% tristeza	5,0%	20,5%	12,2%
		Residuos corregidos	-4,4	4,4	
Total		N	181	156	337

% tristeza = Tristeza

Calidad de la relación

Esta variable se ha encontrado relacionada con el maltrato por algunos autores y por ello se ha investigado la relación entre la sospecha de maltrato y que la calidad de la relación, previa a recibir cuidados, entre la persona mayor y la persona que le proporciona esos cuidados. Se encuentra la presencia de una relación significativa entre ambas ($\chi^2 = 8,7$; $p < ,01$). No obstante, ésta es moderada ($\Phi = .40$; $p < ,01$). Siguiendo los residuos tipificados, en la tabla 33 se puede apreciar que la proporción de sospecha de maltrato es significativamente mayor cuando la calidad de la relación no es buena (66,7%), en contraste con cuando ésta es buena (9,3%).

Tabla 33. Relación entre sospecha de maltrato y si han existido problemas de relación anteriores a recibir cuidados

			Problemas de relación anteriores a recibir cuidados		
			No	Sí	Total
Sospecha de Maltrato	No	N	49	1	50
		% problema relación anterior	90,7%	33,3%	87,7%
		Residuos corregidos	2,9	-2,9	
	Sí	N	5	2	7
		% problema relación anterior	9,3%	66,7%	12,3%
		Residuos corregidos	-2,9	2,9	
Total		N	54	3	57

% problemas relación anterior = Problemas de relación anteriores a recibir cuidados

Aislamiento de la persona mayor

El aislamiento de la persona mayor también es un factor de riesgo para el maltrato mencionado en la literatura científica. Con el objetivo de analizar la existencia o no de relación entre el aislamiento y la sospecha de maltrato en

esta muestra se creó una nueva variable denominada “aislamiento” a través de tres variables: que no realice actividades sociales, que no tenga suficiente contacto con la familia, amigos y vecinos y que no participe en actividades familiares con la frecuencia que le gustaría.

El análisis realizado para comprobar esta relación ha revelado la existencia de una relación significativa entre ellas ($\chi^2 = 7,9$; $p < ,01$), aunque ésta es bastante débil ($\Phi = .15$; $p < ,01$). En la tabla 34 los residuos tipificados informan de que entre las personas mayores que están aisladas la proporción de sospecha de maltrato es mayor (16,9%) que entre las que no están aisladas (6,9%).

Tabla 34. Relación entre sospecha de maltrato y aislamiento

			Aislamiento		
			No	Sí	Total
Sospecha de Maltrato	No	N	149	148	297
		% aislamiento	93,1%	83,1%	87,9%
		Residuos corregidos	2,8	-2,8	
	Sí	N	11	30	41
		% aislamiento	6,9%	16,9%	12,1%
		Residuos corregidos	-2,8	2,8	
Total		N	160	178	338

% aislamiento = Aislamiento

Situación económica

Se estima si existe una relación entre la sospecha de maltrato y la situación económica de la persona mayor. Para ello se ha transformado la variable en una nueva con dos categorías: económicamente independiente y económicamente dependiente (parcialmente autosuficiente más total dependencia económica). Se ha observado una relación significativa entre ambas ($\chi^2 = 9,45$; $p < ,01$), pese a que ésta es bastante débil y negativa ($\Phi = -.167$; $p = .01$). Observando los residuos tipificados en la tabla 35 se puede

apreciar que cuando las personas mayores dependen económicamente de otra persona la proporción de sospecha de maltrato es mayor (22,9%).

Tabla 35. Relación entre sospecha de maltrato y situación económica

			Situación económica		
			Depend.	Indepen	Total
Sospecha de Maltrato	No	N	54	34	296
		% economía	77,1%	90,6%	87,8%
		Residuos corregidos	-3,1	3,1	
	Sí	N	16	25	41
		% economía	22,9%	9,4%	12,2%
		Residuos corregidos	3,1	-3,1	
Total		N	40	267	337

Independiente = económicamente autosuficiente

Dependiente = dependiente económicamente

% economía = Situación económica

3.5. Índices de riesgo

Una vez conocidos los factores asociados a la sospecha de maltrato se analizan los índices de riesgo de cada uno de los ellos en relación a la sospecha de maltrato. Para la realización de estos análisis, se seleccionan dos grupos: personas sobre las que recae sospecha de maltrato vs. no sospecha obteniendo el índice de riesgo para cada factor analizado.

Sexo

Se calcula la proporción o ventaja (odds) de presentar sospecha de maltrato tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres y se utiliza el cociente entre esas ventajas como una estimación del riesgo relativo. A este cociente se le denomina razón de las ventajas u odd ratio.

En la tabla 36 se muestran los resultados del análisis realizado de manera que entre las personas mayores con sospecha de maltrato la

probabilidad de encontrar mujeres es 2,22 veces mayor que la de encontrar hombres.

Tabla 36. Estimación de riesgo de la variable sexo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para sexo índice de riesgo (mujer / hombre)	2,222	1,050	4,700
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = sí	2,036	1,033	4,014
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = no	,916	,850	,988
N de casos válidos	338		

Conflictos familiares

En la tabla 37 se muestran los resultados del análisis realizado para este factor de riesgo. En este caso no podemos conocer el riesgo, a través de la razón de las ventajas, debido a que no hay casos de sospecha de maltrato entre las personas mayores sin conflictos familiares. Sí es posible observar que el riesgo de no sospecha entre las personas con conflictos familiares es menor que entre las personas sin conflictos. Concretamente, la proporción de no sospecha de maltrato entre personas sin conflictos familiares es un 26% ($1 / 0,79 = 1,26$) mayor que entre los que tienen conflictos familiares.

Tabla 37. Estimación de riesgo de la variable conflictos familiares

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = no	,786	,725	,853
N de casos válidos	187		

Enfermedad física en la pareja de la persona mayor

En la tabla 38 se muestran los resultados del análisis realizado de manera que entre las personas mayores con sospecha de maltrato la probabilidad de encontrar que la pareja de la persona mayor no tenga enfermedad física es 3,57 veces mayor que la de encontrar que la pareja de la persona mayor tenga enfermedad física.

Tabla 38. Estimación de riesgo de la variable enfermedad física de la pareja de la persona mayor

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para enfermedad física (no / sí)	3,571	1,360	9,381
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = sí	2,688	1,294	5,580
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = no	,753	,578	,979
N de casos válidos	118		

Abuso de sustancia en la pareja de la persona mayor

En la tabla 39 se muestran los resultados del análisis realizado de manera que la probabilidad o el riesgo de sospecha de maltrato entre los que la pareja de la persona mayor abusa de sustancias es 6,65 veces mayor que la

de encontrarlo entre las personas mayores cuya pareja no abusa de sustancias.

Tabla 39. Estimación de riesgo de la variable abuso de sustancias en la pareja de la persona mayor

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = sí	6,647	4,289	10,302
N de casos válidos	118		

Presencia de trastornos cognitivos en la pareja de la persona mayor

En la tabla 40 se muestran los resultados del análisis realizado de manera que entre las personas mayores con sospecha de maltrato la probabilidad de encontrar que la pareja tenga problemas cognitivos es aproximadamente tres veces mayor que la de encontrar personas mayores cuyas parejas no tengan problemas cognitivos.

Tabla 40. Estimación de riesgo de la variable presencia de trastornos cognitivos en la pareja de la persona mayor

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para trastornos cognitivos riesgo (sí / no)	2,979	1,021	8,693
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = sí	2,287	1,072	4,877
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = no	,767	,550	1,070
N de casos válidos	118		

Problemas de convivencia

En la tabla 41 se muestran los resultados del análisis realizado de manera que entre las personas mayores con sospecha de maltrato la probabilidad de encontrar problemas de convivencia es 4,74 veces mayor que la de encontrar personas mayores sin problemas de convivencia.

Tabla 41. Estimación de riesgo de la variable problemas de convivencia

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para problemas de convivencia riesgo (sí / no)	4,742	2,391	9,407
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = sí	3,658	2,106	6,353
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = no	,771	,661	,900
N de casos válidos	334		

Salud percibida por la persona mayor

En la tabla 42 se muestran los resultados del análisis realizado de manera que entre las personas mayores con sospecha de maltrato la probabilidad de que perciban su salud como regular, mala o muy mala es 2,31 veces mayor que entre las personas mayores que perciben su salud como buena o excelente.

Tabla 42. Estimación de riesgo de la variable salud percibida por la persona mayor

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para salud percibida por la persona mayor dicotomizada (regular, mala o muy mala / buena o excelente)	2,311	1,183	4,513
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = sí	2,083	1,156	3,755
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = no	,902	,827	,983
N de casos válidos	336		

Tristeza

En la tabla 43 se muestran los resultados del análisis realizado de manera que entre las personas mayores con sospecha de maltrato la probabilidad de que estén tristes es 4,93 veces mayor que entre las personas mayores que no lo están.

Tabla 43. Estimación de riesgo de la variable tristeza

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para aumento tristeza riesgo (sí / no)	4,932	2,273	10,702
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = sí	4,125	2,033	8,373
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = no	,836	,767	,912
N de casos válidos	337		

Calidad de la relación

En la tabla 44 se muestran los resultados del análisis realizado de manera que entre las personas mayores con sospecha de maltrato la probabilidad de que hayan tenido problemas de relación anteriores al cuidado con alguna de las personas que les cuidan es 19,6 veces mayor que entre las personas mayores que no han tenido problemas de relación anterior.

Tabla 44. Estimación de riesgo de la variable calidad de la relación

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para calidad de la relación riesgo (sí / no)	19,600	1,499	256,288
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = sí	7,200	2,265	22,886
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = no	,367	,074	1,824
N de casos válidos	57		

Aislamiento

En la tabla 45 se muestran los resultados del análisis realizado de manera que entre las personas mayores con sospecha de maltrato la probabilidad de que esté aislada es 2,75 veces mayor que entre las personas mayores que no están aisladas.

Tabla 45. Estimación de riesgo de la variable aislamiento

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para aislamiento riesgo (sí / no)	2,746	1,327	5,682
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = sí	2,451	1,271	4,729
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = no	,893	,826	,966
N de casos válidos	338		

Situación económica

En la tabla 46 se muestran los resultados del análisis realizado de manera que entre las personas mayores con sospecha de maltrato la probabilidad de que sea dependiente económicamente es 2,44 veces mayor que entre las personas mayores que son económicamente independientes.

Tabla 46. Estimación de riesgo de la variable situación económica

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para situación económica riesgo (dependiente / independiente)	,349	,174	,697
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = no	,851	,745	,972
Para la cohorte sospecha maltrato riesgo = sí	2,441	1,381	4,315
N de casos válidos	337		

En la tabla 47 se muestra un resumen con la información más relevante respecto a los índices de riesgo.

Tabla 47. Índices de riesgo

Variables	Odd ratio
Conflictos familiares	1,26
Mujer	2,22
Mala salud percibida	2,31
Situación económica	2,44
Aislamiento	2,75
Trastorno cognitivo en la pareja de la persona mayor	2,98
No enfermedad física en la pareja de la persona mayor	3,57
Problemas de convivencia	4,74
Tristeza	4,93

Abuso de sustancias en la pareja de la persona mayor	6,64
Mala calidad de la relación anterior	19,6

4. Discusión

El maltrato hacia las personas mayores en nuestra sociedad es, en su mayor parte, un fenómeno oculto. Mediante este estudio, se ha pretendido avanzar en el conocimiento de este fenómeno en nuestro país, donde los precedentes de la investigación en esta área son, por el momento, estudios fruto de esfuerzos aislados (Bazo, 2001, Ruíz et al., 2001; Risco et al., 2005).

Los objetivos específicos del presente estudio son diversos y heterogéneos. Así, el primer objetivo fue validar y adaptar el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) para contrastar su utilidad en el ámbito de la Atención Primaria y de los Servicios Sociales. Un segundo objetivo fue estimar la prevalencia de sospecha de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores sin deterioro cognitivo en el ámbito comunitario. El tercer objetivo consistió en establecer perfiles diferenciados de personas mayores con y sin sospecha de maltrato para identificar posibles factores de riesgo. Finalmente, se planteó conocer los índices de riesgo para cada factor en función de características de la persona mayor, del responsable del maltrato y del contexto de la situación.

Con estos objetivos, el estudio se realizó en dos fases llevadas a cabo en Madrid, Málaga y San Sebastián. La primera consistió en la aplicación del Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI). Este instrumento tiene como finalidad servir como un test de *screening* en el ámbito comunitario de fácil administración para detectar casos de sospecha de maltrato por parte de profesionales de Atención Primaria o Servicios Sociales. La segunda fase implicaba la aplicación del Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS) a los participantes de la primera fase,

independientemente de si el resultado del EASI fue sospecha o no de maltrato, y la finalidad de su aplicación es poder confirmar la sospecha de maltrato.

A continuación, se procede a discutir los principales hallazgos del estudio siguiendo el esquema de los objetivos del mismo.

1. Validación y adaptación del Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI)

Para la adaptación al castellano del EASI, un experto en el tema de maltrato tradujo el cuestionario al castellano (traducción directa) y, posteriormente, dos expertos en inglés realizaron una traducción inversa al inglés (*back-translation*). Este método de traducción empleado asegura la equivalencia conceptual, lo que viene avalado por el elevado nivel de concordancia entre la versión original y la obtenida mediante la traducción. Además, para la adaptación del instrumento se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en los grupos focales realizados con personas mayores, médicos de Atención Primaria y trabajadoras sociales incluidos en un estudio anterior <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/maltrato/proyecto-oms.html>.

De esta forma, se cuenta con un instrumento, el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI), lingüísticamente adecuado y pertinente, consistente con la versión original y asumible por el conjunto de profesionales potencialmente usuarios del mismo. En el estudio original (Yaffé et al., en prensa) el ámbito de aplicación era exclusivamente Atención Primaria, aunque para este trabajo su aplicación se amplió al ámbito de los Servicios Sociales, pues se consideró que también éste podía ser un área importante de detección de la sospecha de maltrato en personas mayores en nuestro contexto social.

En relación a la validación del Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI), se han realizado diversos análisis con el fin de examinar sus garantías psicométricas como test de *screening* para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. Con el fin de examinar la

estructura del EASI, se realizó un análisis factorial de manera que se pretendía conocer si las respuestas al EASI se agrupaban en dimensiones homogéneas de sospecha de maltrato. Esto ha permitido encontrar que la sospecha de maltrato se agrupa en tres dimensiones independientes entre sí que explican un 88,80% de la varianza. La primera de las dimensiones es la sospecha de maltrato psicológico y maltrato físico y sexual, lo que algunos autores han venido a denominar maltrato interpersonal (O’Keeffe et al., 2007); una segunda está compuesta por la sospecha de abuso económico, y la tercera se refiere a la sospecha de negligencia. Además todos los tipos de sospecha de maltrato y/o negligencia tienen una elevada independencia entre sí, como lo demuestra que exista una consistencia interna media-baja entre los ítems (.49), es decir, que en una persona se sospeche la presencia de un tipo de maltrato no aumenta de manera significativa la probabilidad de que se cumplan otros criterios. Esto lleva a concluir que la sospecha de maltrato hacia las personas mayores no es un fenómeno unidimensional, sino multidimensional. Este resultado se encuentra en la misma dirección señalada por diversos autores que establecen el maltrato hacia las personas mayores no como un continuo, sino como fenómeno con categorías diferenciadas (Papadopoulos, y La Fontaine, 2000; Pillemer y Sutor, 1988; Weiner, 1991).

Una cuestión prioritaria en el proyecto era conocer si el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI) era capaz de predecir adecuadamente aquello para lo que fue diseñado, esto es, predecir sospecha de maltrato y/o negligencia. La forma de contrastar esta hipótesis fue valorar si el juicio que se establece sobre si existe sospecha de maltrato tras haberse utilizado el EASI es coincidente con la opinión de un segundo profesional que realiza una evaluación exhaustiva empleando el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS). Este último juicio es el que se ha considerado como criterio de referencia, lo que en la literatura científica sobre maltrato se ha venido a denominar “patrón oro” (*gold standard*).

Los resultados muestran que existe una concordancia estadísticamente significativa entre la opinión sobre sospecha de maltrato del profesional de la primera fase y de la segunda, ya que existe coincidencia en casi un 60% de los

casos, aumentando hasta el 96% si el acuerdo hace referencia a la no sospecha. Si bien el grado de la concordancia es importante, el margen de la discrepancia es también moderadamente alto. La discrepancia se produce de dos formas. Por un lado, casi uno de cada tres casos (31,4%) identificados por el primer profesional como casos de sospecha de maltrato, es un falso positivo ya que inicialmente se señala que existe sospecha de maltrato pero no se confirma posteriormente. Este valor, aunque algo elevado, debe valorarse como una característica asumible en un instrumento de *screening* como el EASI, que debe detectar posibles casos, aunque después no se vean confirmados. De mucho mayor alcance es el otro tipo de discrepancia, ya que 17 casos de sospecha de maltrato no son detectados inicialmente, es decir, de entre los casos en los que finalmente existe sospecha de maltrato, existe un 41,5% de falsos negativos que no fueron valorados como tales por el primer profesional. Este dato es clínicamente relevante ya que de no aplicarse el Formulario de Evaluación de Trabajo Social con posterioridad al EASI estos casos no habrían sido detectados. Dado que el estudio original de Yaffé et al. (en prensa) no incluye un análisis de contrastación con un criterio externo no es posible comparar los resultados obtenidos.

En consonancia con los datos anteriores, el EASI muestra una baja tasa de sensibilidad (51%), aunque la especificidad es aceptable (95%) y el área bajo la curva sea moderadamente alta (.76). En el estudio original se encontró una sensibilidad del 47% y una especificidad del 75%.

La diferencia entre los resultados de sensibilidad y especificidad de este estudio y el original no son comparables ya que los procedimientos no son exactamente los mismos. En el estudio desarrollado por Yaffé et al. (en prensa), para la obtención de la sensibilidad y especificidad del EASI se incluyeron los ítems que evalúan maltrato psicológico, físico y sexual, negligencia y abuso económico, dependencia e indicadores de maltrato. En cambio, en la presente tesis, para la obtención de esos mismos datos, sólo se consideraron los ítems referentes al maltrato físico y sexual, psicológico, económico y negligencia y se excluyen los referentes a dependencia y los indicadores de maltrato. Se consideró que no era adecuado considerar

conjuntamente los tipos de maltrato con factores de riesgo como es la posible dependencia de las personas mayores y los indicadores de maltrato para determinar la sensibilidad y especificidad del instrumento ya que no son en sí mismos indicativos de maltrato sino señales de alerta ante el mismo. La inclusión de estas cuestiones en el estudio original para la obtención de la sensibilidad y especificidad obedece a que favorece la sensibilización de los profesionales que lo aplican. Parece que los cambios introducidos en este trabajo para la obtención de la sensibilidad y la especificidad del EASI han influido de forma positiva. Concretamente, el hecho de incluir únicamente tipos de maltrato mejora ligeramente la sensibilidad y, de forma más clara, la especificidad.

También se realizaron análisis de curvas COR y de sensibilidad y especificidad no solo para la muestra total sino también en función del ámbito donde se recogió la información. En todos los análisis el punto de corte óptimo obtenido fue 1, es decir, es suficiente que la persona mayor conteste afirmativamente a cualquiera de las preguntas que incluye el cuestionario para que el profesional sospeche de la presencia de maltrato.

Al realizar un análisis de la sensibilidad y la especificidad teniendo en cuenta el tipo de centro de recogida de la información se encontraron diferentes resultados. El resultado más significativo es el hecho de que en Servicios Sociales, utilizando también un punto de corte de 1 se obtiene una sensibilidad del 67% y una especificidad del 96%, observando que el porcentaje de falsos negativos desciende al 33% y el área bajo la curva llega hasta .85. Para el ámbito de la Atención Primaria la sensibilidad es del 9% y la especificidad del 93% y el área bajo la curva desciende a .50. Parece, por tanto, que el EASI se comporta bien en Servicios Sociales, no tanto en Atención Primaria.

Las diferencias observadas entre el ámbito de Atención Primaria y Servicios Sociales pueden ser debidas a que los profesionales tengan concepciones distintas de lo que es o no maltrato, a la diferente disponibilidad de tiempo de los profesionales de cada ámbito y al conocimiento previo que

tenga el profesional de la persona mayor. Cada una de estas posibles razones se describe con mayor detalle a continuación.

En primer lugar, aunque se impartió la misma formación a todos los profesionales, cada uno puede tener una percepción distinta de lo que es o no maltrato. Puede que en función del contexto los profesionales estén más sensibilizados hacia diferentes tipos de maltrato. Teniendo en cuenta que el maltrato psicológico es el encontrado con mayor frecuencia, éste podría estar siendo subestimado en Atención Primaria, debido por ejemplo a la falta de parte de lesiones específico para este tipo de maltrato.

En segundo lugar, estas diferencias también podrían ser consecuencia de la diferente disponibilidad de tiempo en cada ámbito, de manera que cuando la persona mayor acude a Atención Primaria sabe que el tiempo del que dispone es muy corto y no se fomenta entrar en cuestiones distintas a las que le llevan a la consulta. En Servicios Sociales probablemente esa limitación de tiempo sea menor.

Finalmente, otra de las razones que podría explicar estos resultados podría ser el conocimiento previo que tiene el profesional de la persona mayor. En Atención Primaria la mayor parte de las personas evaluadas eran conocidas previamente por el profesional (80,3%) no siendo así en Servicios Sociales (22,6%). Se podría pensar que este mayor conocimiento podría facilitar la detección de sospecha de maltrato, aunque también podría ser que el conocimiento previo de la persona mayor fuese un obstáculo para la detección. El profesional podría no sólo atender a la persona mayor sino también al posible responsable del maltrato o podría tener relación con la familia. La persona mayor podría tener miedo a contar su experiencia al pensar que el posible responsable pudiera enterarse de ello (amenaza a la confidencialidad) o podría tener miedo a que el profesional informara del caso y que esto tuviera algún tipo de consecuencia para la persona mayor como separarle del posible responsable del maltrato, institucionalizarle, etc.

Estas últimas evidencias llevan a plantear quizás la cuestión más importante de este estudio referida a si son útiles y deben utilizarse instrumentos de cribado de maltrato. En otros lugares, donde este debate ya se ha formulado se han evidenciado dos posturas contrarias respecto a la utilización de instrumentos de *screening* para la detección del maltrato hacia las personas mayores. Mientras que la Asociación Médica Americana (AMA) sugiere que se apliquen a todas las personas mayores cuestionarios de cribado, el Grupo de Medicina Preventiva de Estados Unidos (US Preventive Medicine Task Force) y el Grupo Canadiense (Canadian Task Force) señalan que no existe suficiente evidencia -ni a favor ni en contra- que permita señalar que los instrumentos de cribado para la violencia familiar en personas de cualquier edad sean eficaces (Lachs y Pillemer, 2004).

Los argumentos empleados para no recomendar tales instrumentos irían, por una parte, en la línea de que no se han desarrollado técnicas efectivas de cribado para el maltrato hacia las personas mayores y, por otra, que aunque existan estrategias de cribado efectivas, prácticamente no existen estudios que hayan demostrado que una intervención sobre las personas identificadas como maltratadas consiga mejoras clínicas. (Lachs y Pillemer, 2004). Paradójicamente, existe un buen número de artículos y manuales que desarrollan posibles intervenciones, pero sobre los que no se han hecho públicos resultados del efecto de tales intervenciones.

Respecto a este último punto sería necesario plantearse qué intervenciones son las que se están llevando a cabo con personas mayores maltratadas. No existen suficientes estudios que analicen los resultados de intervenciones en estos casos, ya que en su mayoría se restringen a intervenciones de tipo legal o intervenciones que conllevan la institucionalización de la persona mayor. Si bien la intervención legal como es la denuncia judicial del caso es una opción que en casos concretos debe ser la vía natural de acción, existen muchas otras posibles intervenciones que no sólo se dirigen hacia la persona mayor fomentando, por ejemplo, la autonomía y la toma de decisiones, sino que también es factible intervenciones dirigidas al responsable del maltrato. Entre tales intervenciones destacarían acciones que

se encaminan a modificar el contexto en el que se produce la situación de maltrato y los conocidos programas para cuidadores que se dirigen a reducir el estrés del cuidador y enseñar a cuidar mejor.

A diferencia de lo comentado respecto a la falta de resultados de las intervenciones con personas mayores maltratadas, sí existe mayor evidencia con respecto a las acciones sobre el responsable de maltrato. Así, por ejemplo, se ha encontrado que una intervención cognitivo-conductual con los posibles responsables de maltrato disminuye el riesgo de maltrato hacia las personas mayores (Izal, Pérez, Montorio, Losada y Nuevo, 2005). En este estudio participaron cuidadores de personas mayores con demencia. El objetivo de este estudio era comparar la efectividad, en la reducción y/o eliminación del riesgo de maltrato, de dos programas de intervención psicoeducativos dirigidos a cuidadores familiares de personas mayores con demencia con respecto a un grupo control. Ambos programas de intervención, aunque no fueron diseñados específicamente para la prevención del riesgo de maltrato, se centraban en variables relacionadas con el maltrato a mayores, que aparecen frecuentemente en la literatura sobre maltrato. El primero de los programas tenía como objetivo enseñar a los cuidadores habilidades para el manejo del estrés. En este programa se entrenaban habilidades y estrategias cognitivo-conductuales para enfrentarse a sentimientos y emociones negativas (culpa, tristeza y enfado) con el fin de reducir su nivel de estrés. Mientras que el segundo programa enseñaba a los cuidadores formas de afrontamiento y manejo adecuado frente a los comportamientos problemáticos que suelen presentar las personas mayores con demencia (por ejemplo, agresividad o alucinaciones). Se encontró que los cuidadores que participaron en el segundo programa en el que aprendían a cuidar mejor de su familiar presentaban un menor riesgo de maltrato tras la intervención y durante la fase de seguimiento, mientras que no sucedía lo mismo con los participantes del primer programa o los del grupo control. Estos resultados podrían ser explicados teniendo en cuenta que los comportamientos problemáticos, especialmente los comportamientos agresivos y/o provocadores, son uno de los principales factores de riesgo de maltrato a mayores (Kosberg, 1988; Lachs y Pillemer, 1995).

Volviendo a la cuestión de si los instrumentos de *screening* son útiles y deben ser utilizados como instrumentos de cribado de maltrato, un criterio para valorar la calidad del procedimiento de cribado EASI es conocer cuántos casos de sospecha de maltrato que se detectan inicialmente después se ven confirmados con el segundo procedimiento. El dato concreto en términos porcentuales es del 58,5%, es decir, casi 6 de cada 10 casos se detectan. No obstante hay que tener en cuenta que algo más de un 40% de los casos de sospecha de maltrato no son detectados inicialmente con el EASI. Cuando diferenciamos entre la información recogida en Atención Primaria y Servicios Sociales se observa que, en Atención Primaria, el 18,2% de los casos de sospecha confirmados fueron detectados inicialmente con el EASI. Mientras que en Servicios Sociales, el 73,3% de los casos de sospecha confirmados fueron detectados inicialmente con el EASI. Esto muestra que el EASI es útil para la detección si tomamos la muestra total y, especialmente si se aplica en Servicios Sociales, no así en Atención Primaria. Parece, por tanto, que el EASI ayuda a detectar más casos de sospecha en Servicios Sociales, mientras que en Atención Primaria parece ser más necesaria la aplicación de una entrevista más profunda para detectar la sospecha del maltrato. Estos resultados pueden ser de nuevo explicados debido a las diferentes características de las personas que acuden a cada uno de los centros, o a la distinta percepción del maltrato por parte de los profesionales de los diferentes centros, a la diferente sensibilización de los profesionales ante los distintos tipos de maltrato, o a la disponibilidad de tiempo en cada ámbito.

Una cuestión interesante para explicar las diferencias de detección de la sospecha de maltrato entre los distintos contextos es si el grado de conocimiento previo de la persona mayor influye positiva o negativamente en la detección. Como se ha señalado anteriormente ese conocimiento previo de la persona mayor, aunque en principio se pensaría que ayudaría a detectar situaciones de sospecha, puede ser que la haya obstaculizado, es decir, el hecho de que la persona mayor tenga establecida una relación con el profesional puede actuar como barrera. La persona mayor podría no contar su

situación al profesional por miedo a que éste lo comente con algún familiar que también puede ser atendido por el mismo profesional.

También se analizó la concordancia entre diferentes criterios de sospecha: persona mayor-primer profesional, y primer profesional-segundo profesional en los diferentes tipos de maltrato: psicológico, físico y sexual, económico y negligencia. En todos ellos, los casos inicialmente detectados eran confirmados finalmente en mayor proporción en Servicios Sociales. En Atención Primaria, no se encontraron casos de sospecha de maltrato físico y sexual, negligencia y abuso económico inicialmente que fuesen posteriormente ratificados. Las posibles explicaciones de estos resultados estarían en la misma dirección que las mismas mencionadas anteriormente.

En resumen, la consideración de si el EASI es útil o no dependerá del criterio que se tome en cuenta. Se considera que el EASI es útil, en primer lugar, porque ayuda a aumentar la sensibilidad de los profesionales sobre el maltrato hacia las personas mayores. Este instrumento ofrece al profesional la oportunidad de acercarse a un tema como el maltrato hacia las personas mayores que no ha recibido apenas atención hasta recientemente. Su utilización puede ayudar también a los profesionales tanto a detectar casos de sospecha de maltrato que inicialmente no se conocían como a descartar la sospecha en situaciones que inicialmente se consideraban sospechosas de maltrato. Probablemente, existan alternativas mejores para sensibilizar (por ejemplo, cursos de formación) pero el hecho de entrevistar y preguntar a las propias personas mayores sobre este tema lleva a reflexionar y valorar con equidad las situaciones de maltrato y negligencia hacia las personas mayores.

En segundo lugar, aunque desde el punto de vista estadístico no se observan resultados óptimos de sensibilidad en el EASI tomando la muestra en su conjunto y, especialmente cuando se aplica en Atención Primaria, el hecho de detectar, en la muestra total, prácticamente 6 de cada 10 casos en los que se confirma la sospecha de maltrato se considera relevante y alentador y es un primer paso importante puesto que el maltrato hacia las personas mayores es un fenómeno oculto que acontece en el ámbito de lo privado principalmente y

por ello difícil de detectar. Teniendo en cuenta las dificultades intrínsecas de la dimensión que se está midiendo, detectar más de la mitad de los casos debe ser considerado como un éxito clínico y social.

Respecto a la utilidad estadística del EASI en función del ámbito de aplicación (Atención Primaria / Servicios Sociales) se han encontrado diferencias importantes en el porcentaje de detección de sospecha de maltrato. De manera que, mientras en Servicios Sociales el porcentaje de casos detectados por el EASI es de 7 de cada 10 casos confirmados finalmente como sospecha de maltrato, en Atención Primaria es de 2 de cada 10. Por tanto, en función de los resultados obtenidos, parece razonable sopesar el coste de la implantación del EASI en Atención Primaria y el beneficio obtenido.

2. Prevalencia de sospecha de maltrato hacia las personas mayores

Dentro de este apartado se analizan los resultados de los análisis de prevalencia de sospecha de maltrato, así como también los que se realizaron para comprobar el grado de percepción de las personas mayores de ese maltrato y también hasta qué punto los profesionales de la segunda fase, se sentían seguros de su evaluación.

La prevalencia de sospecha de maltrato obtenida, tras los análisis pertinentes realizados, fue del 12,1%. Esta tasa es superior a la de la mayoría de los estudios analizados incluyendo la tasa de prevalencia obtenida en el estudio original por Yaffé et al. (en prensa) que fue del 11,9%. Este porcentaje puede estar influido por el contenido del consentimiento informado en el cual se informa de forma explícita que la persona mayor va a participar en un estudio que estudia la presencia de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Esta información podría influir de forma negativa en la sinceridad de las personas mayores al contestar a las preguntas, aunque también pudiera influir de forma positiva induciendo a dar una respuesta positiva a las cuestiones a las que hace referencia el EASI. No existe evidencia que facilite decantarse por alguna de las dos alternativas.

En línea con este último resultado y la comparación con los datos obtenidos en otros estudios deben tomarse con cautela ya que estos varían en un número sustantivo de características, especialmente en lo que se refiere al método empleado (autoinforme o formato entrevista), el procedimiento (una fase o varias), participantes (personas con deterioro cognitivo, personas sin deterioro cognitivo, cuidadores) la forma de reclutamiento de la muestra (muestra aleatoria, casos informados de maltrato) y la variable criterio empleada (opinión persona mayor, cuidador, profesional).

En el presente trabajo, el hecho de aplicar los instrumentos en formato de entrevista ha podido influir negativamente en la tasa de prevalencia de forma que la amenaza a la confidencialidad haya podido infraestimar el porcentaje. Esta es una de las desventajas de la entrevista como técnica de evaluación para estos problemas concretos.

Además, incluir en el estudio sólo a personas sin deterioro cognitivo puede hacer que el porcentaje obtenido de sospecha de maltrato sea inferior al que se podía haber encontrado al incluir a personas con deterioro cognitivo ya que éste también es un factor de riesgo, al igual que la dependencia.

En algunos estudios se señala que se ha establecido prevalencia de maltrato cuando en realidad lo que están determinando es sospecha de maltrato, mientras que otros sí se aproximarían más a establecer una verdadera situación de maltrato.

Además, a diferencia de la mayoría de estudios sobre prevalencia de maltrato a personas mayores, en los que con sólo la aplicación de un cuestionario se establece la presencia o no de casos confirmados de maltrato, en este estudio se considera que, con los instrumentos utilizados, no se confirma la existencia de maltrato; a lo sumo en la segunda fase se confirmaría la sospecha de maltrato. Esta interpretación es consistente con el enfoque desde el cual se plantea la utilización del EASI y del FETS, según el cual deben considerarse instrumentos para sensibilizar y concienciar a los profesionales acerca del tema del maltrato hacia las personas mayores, así como para

identificar casos de posible sospecha, pero no como instrumentos que permitan confirmar casos de maltrato.

El tipo más frecuente de sospecha de maltrato fue el psicológico, seguido del maltrato físico y sexual, siendo los menos frecuentes el abuso económico y la negligencia. Este resultado sitúa nuestro estudio en la misma línea que otros realizados previamente que señalan el maltrato psicológico como más frecuente (Block y Sinnott, 1979; Kivelä, et al., 1992; Ogg y Bennett, 1992, Bennett y Kingston, 1993; Compton et al., 1997; Kurrle et al., 1997; Comijs et al., 1998; Ruíz et al., 2001; Yan y Tang, 2004; Oh et al., 2006; Cooney et al., 2006). En el estudio realizado por Yaffé et al. (en prensa), también se encontró la sospecha de maltrato psicológico como el tipo más frecuente.

Al igual que en estudios anteriores también se encontró la presencia simultánea de diferentes tipos de sospecha de maltrato (Lau y Kosberg, 1979; Block y Sinnott, 1979; Podnieks, 1992; Homer y Gilleard, 1990; O'Keefe et al., 2007; Bazo, 2001; Ruíz et al., 2001). En este estudio los casos de sospecha de maltrato que aparecían simultáneamente consistían fundamentalmente en la combinación entre maltrato psicológico y físico y sexual. La sospecha de maltrato psicológico está presente en un 82,9% de todos los casos en los que se sospecha maltrato. Esto indica que el maltrato psicológico podría estar actuando como señal de alarma de otras formas de maltrato, de manera que la primera pregunta en el EASI debería ser la referente a este tipo de maltrato.

Diferenciando las tasas de prevalencia por provincia se encuentra que ésta es mayor en Madrid que en Málaga y San Sebastián y similar entre éstas (15,2% en Madrid, 9,3% en Málaga y 9,2% en San Sebastián). La sospecha de los diferentes tipos de maltrato se detectó también con mayor frecuencia en Madrid, a excepción del maltrato físico y sexual que fue detectado por igual en Madrid y Málaga. Y si diferenciamos por ámbito de aplicación, en Servicios Sociales la prevalencia fue del 13,1% y del 10,1% en Atención Primaria, detectando con mayor frecuencia cualquier tipo de sospecha de maltrato en Servicios Sociales, a excepción de la sospecha de negligencia que fue más

frecuente en Atención Primaria. Estos resultados de nuevo pueden ser explicados por la sensibilización de los profesionales de cada contexto hacia los diferentes tipos de sospecha de maltrato que puede ser distinta.

Los diferentes tipos de sospecha de maltrato fueron más comunes en mujeres. Este mismo resultado se ha encontrado en otros estudios (Lau y Kosberg, 1979; National Center on Elder Abuse, 1998; Pittaway y Westhues, 1993; Kivelä, et al., 1992; Pitsiou-Darrough y Spinellis, 1995; Bazo, 2001; Ruíz et al., 2001; Risco et al., 2005). Entre las razones que podrían explicar este resultado estaría la que hace referencia a que es más probable que una mujer informe de que está siendo maltratada que un hombre.

Y respecto al responsable del maltrato, los cónyuges seguidos de los hijos fueron los responsables más frecuentemente. Esto mismo se ha observado en diversos estudios previos (Pillemer y Finkelhor, 1989; Pitsiou-Darrough y Spinellis, 1995; O'Keefe et al., 2007). Este resultado está determinado en buena medida porque en el 67,5% de los casos en los que se sospecha la existencia de maltrato, las personas mayores están casadas.

Si bien en la mayoría de los estudios realizados sobre prevalencia de maltrato hacia las personas mayores la percepción de éstas se ha utilizado como criterio de confirmación de casos de maltrato, en ninguno se compara la autopercepción del maltrato en la persona mayor con el juicio de un profesional. El propósito de evaluar la autopercepción del maltrato por parte de la persona mayor era conocer qué porcentaje de las personas en las que se sospechaba maltrato lo percibían así. Teniendo en cuenta la muestra total, se encuentra una relación significativa entre la percepción de la persona mayor y la del profesional, de manera que más del 70% de las personas mayores en las que se sospecha maltrato se autoperciben como maltratadas. Existiría por tanto, un 30% de personas mayores en las que se sospecha maltrato que no se perciben así mismas como tales. Esto podría ser debido a diversas razones como que perciban su situación como normal, que mientan, que se tratara de falsos positivos o que simplemente desconozcan que lo que están viviendo es una situación de maltrato. También existe un porcentaje de casi el 7% de las

personas en las que no se sospecha maltrato que se perciben como maltratadas. Esto puede ser debido a que consideran como maltrato situaciones que en realidad no son tales o a que el profesional considere que lo que informa la persona mayor no coincide con su percepción de qué es maltrato.

De manera que, por un lado, si no se utilizara como filtro para la sospecha de maltrato el juicio de un profesional, la tasa de prevalencia sería mucho mayor y, por otro lado, sería recomendable realizar una evaluación pormenorizada de ese 7% para comprobar la posibilidad real de que estén siendo maltratadas.

Cabe preguntarse si este patrón es similar entre los ámbitos en los que se recogen los datos (Servicios Sociales y Atención Primaria). Se observa una relación significativa entre la autopercepción y la opinión del profesional independientemente del ámbito en el que se recojan los datos. El porcentaje de coincidencia entre las personas mayores en las que se sospecha maltrato y que se autoperciben así es mayor en Servicios Sociales (80%) en comparación con Atención Primaria (45,5%). Esto puede ser debido de nuevo a las características de las personas que acuden a cada uno de los centros pueden ser diferentes ó a que los profesionales de los diferentes ámbitos puede tener una percepción distinta de lo que es o no maltrato. Puede que en función del contexto los profesionales estén más o menos sensibilizados hacia el maltrato. Otra de las razones que podría explicar estos resultados podría ser el conocimiento previo que tiene el profesional de la persona mayor. En Atención Primaria la mayor parte de las personas evaluadas eran conocidas previamente por el profesional (80,3%) no siendo así en Servicios Sociales (22,6%). Se podría pensar que este mayor conocimiento podría facilitar la detección de sospecha de maltrato, aunque también podría ser que el conocimiento previo de la persona mayor fuese un obstáculo para la detección. El profesional podría no sólo ser atender a la persona mayor sino también al posible responsable del maltrato o podría tener relación con otros miembros de la familia. La persona mayor podría tener miedo a contar su experiencia al pensar que el posible responsable pudiera enterarse de ello (amenaza a la confidencialidad) o podría

tener miedo a que el profesional informara del caso y que esto tuviera algún tipo de consecuencia para la persona mayor como separarle del posible responsable del maltrato o favorecer su institucionalización.

Finalmente los resultados pueden estar influidos por el contenido del consentimiento informado en el cual se informa de forma explícita que la persona mayor va a participar en un estudio que analiza la presencia de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Esta información podría influir de forma negativa en la sinceridad de las personas mayores al contestar a las preguntas. También podría influir de forma positiva induciendo a dar una respuesta positiva a las cuestiones a las que hace referencia el EASI. No se dispone de información que ayude a decantarse por una de las dos alternativas.

También fue interesante investigar si existía alguna relación entre la autopercepción de cada tipo de maltrato en la persona mayor y si los profesionales emitían juicio de sospecha de maltrato ya que dependiendo del grado de sensibilización de los profesionales ante cada tipo de maltrato, el grado de coincidencia con la percepción de la persona mayor puede variar. El mayor grado de acuerdo fue obtenido en el maltrato psicológico (79,4%) y el menor en las situaciones de negligencia (60%). Este menor grado de acuerdo respecto a las situaciones de negligencia puede ser debido a que lo que las personas mayores consideran que es un trato negligente no coincide con lo que consideran los profesionales.

Finalmente, se ha analizado el grado de seguridad de los profesionales que aplicaban la segunda fase respecto a la evaluación realizada. Este grado de seguridad estaba entre 0 (No seguro) y 1 (Seguro). Teniendo en cuenta la muestra global se ha encontrado un grado de seguridad del 0,97. Siendo éste muy similar al encontrado en Servicios Sociales (0,97) y Atención Primaria (0,96). Este resultado es idéntico al obtenido en el estudio realizado por Yaffé et al. (en prensa) (0,97).

3. Factores asociados al maltrato y/o la negligencia.

Otro de los objetivos era conocer si alguna de las variables que pueden guardar relación con la sospecha de maltrato están actuando como factores asociados al maltrato y/o la negligencia. Ello permitiría establecer un perfil diferenciador en términos probabilísticos entre personas mayores con o sin sospecha de maltrato. Así, se han encontrado una serie de factores asociados a la sospecha de maltrato. Los resultados se describen en función de si los factores de riesgo están presentes en la persona mayor, en el responsable de la sospecha de maltrato o en el contexto de la situación.

Dentro de los factores presentes en la persona mayor se ha encontrado relación entre la sospecha de maltrato y el sexo, de manera que la sospecha de maltrato es mayor entre las mujeres al igual que en otros estudios (Wolf et al., 1982; Henderson et al., 2002; Schiarnberg y Gans, 2000; Penhale, 2003; Phillips, 2005; Oh et al., 2006). El hecho de que el maltrato sea superior entre las mujeres mayores pueden ser explicados por varias razones; por un lado, el mayor porcentaje de mujeres mayores participantes en el estudio frente al número de hombres mayores, por otro lado, las mujeres experimentan los casos más graves de maltrato, lo que significa que requerirán con mayor probabilidad tratamiento para las lesiones (Pillemer, 2005). Además, es más probable que las mujeres informen del maltrato que los hombres y que busquen ayuda (Penhale, 2003).

También se ha encontrado relación entre la salud y la sospecha de maltrato, de manera que esta sospecha es mayor cuando la persona mayor percibe su salud como muy mala, mala o regular en línea con estudios previos (Kivelä et al., 1992; Kosberg y Nahmiash, 1996). La explicación ante este hecho podría ser que las personas mayores con mala salud requieran mayor cantidad de cuidados y, por tanto, plantean mayores demandas sobre las personas que los cuidan (Kosberg y Nahmiash, 1996). Además, la mala salud podría reducir la capacidad de la persona mayor para buscar ayuda y defenderse a sí misma (Lachs y Pillemer, 1995; Schiarnberg y Gans, 2000)

Los resultados indican una relación entre que la persona mayor esté triste y la sospecha de maltrato. En estudios previos no se ha estudiado la variable tristeza específicamente, sino la depresión, encontrando resultados en la misma línea que los mostrados en este estudio (Kosberg, 1988; Kosberg y Nahmiash, 1996; Schiamberg y Gans, 2000; Baker, 2007). Que la persona mayor informe que está triste puede influir en que el profesional infiera que existan problemas de algún tipo en el domicilio de estas personas. Estos problemas pueden incluir posibles situaciones de maltrato.

Al igual que en otros estudios la sospecha de maltrato era mayor cuando la persona estaba aislada socialmente (Baker, 2007). La falta de contactos informales y/o formales, es decir, el aislamiento social aumenta la probabilidad de maltrato (Baker, 2007). Si la persona mayor está aislada, no realiza actividades y/o no mantiene relaciones sociales existe mayor riesgo de maltrato debido a que su detección es más difícil, las personas mayores no tienen a quién contárselo, se encuentran más indefensas, no saben dónde acudir, etc. El aislamiento en la persona mayor favorece que las situaciones de maltrato no se conviertan en hechos públicos. Además, existe una ausencia de presión social que evite el maltrato.

Asimismo se ha encontrado relación entre la sospecha de maltrato y que la persona mayor sea económicamente dependiente de otra persona, resultado consistente con estudios anteriores (Schiamberg y Gans, 2002; Baker, 2007; Sasaki et al., 2007). Las presiones económicas (como resultado del desempleo y de otros problemas económicos) en una familia podrían influir de forma negativa en el cuidado o en el trato dado a una persona mayor. Adicionalmente, el cuidado podría significar que una de las personas que trabajan, a menudo la hija o la nuera, tuviera que dejar de hacerlo para cuidar de la persona mayor. Por lo tanto, los problemas económicos podrían intensificarse y dar como resultado hostilidad, sentimientos negativos hacia la persona mayor y maltrato (Lau y Kosberg, 1979; Kosberg, 2005; Oh et al., 2006).

Dentro de los factores de riesgo presentes en el responsable de la sospecha de maltrato, se ha obtenido una relación entre la sospecha y el abuso de sustancias como el alcohol y/u otras drogas en la pareja de la persona mayor. Esto mismo fue encontrado en otros estudios (Godkin et al., 1989). Se ha documentado el abuso de sustancias como un factor de riesgo que interfiere con la capacidad de regular el comportamiento de uno mismo hacia otra persona. El consumo de alcohol o de drogas podría deteriorar el juicio de una persona y disminuir su nivel de inhibición, y esto podría dar como resultado un aumento de la incidencia del maltrato, intencional o no (Henderson et al., 2002). Debido a este abuso de sustancias, la persona puede no ser consciente de las consecuencias que tiene un mal cuidado o puede tener juicios y percepciones distorsionadas (Wolf et al., 1982). Por otro lado, un problema de alcoholismo podría dar lugar también a sentimientos negativos hacia la persona mayor (Kosberg, 1988).

Y, también al igual que en estudios previos, existe una relación entre que la pareja de la persona mayor padezca trastornos cognitivos y la sospecha de maltrato (Tomita, 1990; Quinn y Tomita, 1997). Estos trastornos podrían hacer más difícil para los responsables del maltrato la interacción efectiva con otra persona debido a los problemas de conducta, dificultades de comunicación y cambios de personalidad que pueden presentar las personas con trastornos cognitivos. La presencia de estas dificultades puede conducir a la aparición de sentimientos negativos en el posible responsable como ira, frustración y hostilidad provocando dificultades para controlarlos y dirigir esos sentimientos a la persona mayor.

Se ha encontrado una relación entre que la pareja de la persona mayor no tenga enfermedad física y la sospecha de maltrato, relación inversa a la encontrada en otro estudio (Henderson et al., 2002). Este resultado puede ser explicado a partir de la teoría del intercambio social. Según esta teoría una interacción social incluye el intercambio de recompensas y castigos entre, al menos, dos personas y, todos los individuos implicados en la misma, buscan

maximizar las recompensas y minimizar los castigos en dicha interacción, de forma que las interacciones sociales se mantienen siempre y cuando los beneficios sean mayores que los costes y el nivel de satisfacción con la relación sea más alto que la comparación con el nivel de satisfacción de las posibles alternativas (Phillips, 1986, Ansello, 1996; Schiamberg y Gans, 2000; Anetzberger, 2005). Cuando la interacción entre dos personas está equilibrada, todo va bien. Pero cuando este equilibrio no se cumple, surgen sentimientos negativos como la ira, el resentimiento y el castigo (Ansello, 1996). En esta situación el posible responsable del maltrato se encuentra en una posición de poder frente a la persona mayor y puede considerar que la interacción con la propia persona mayor no está equilibrada y esto puede aumentar el riesgo de maltrato.

Finalmente, entre los factores de riesgo presentes en el contexto de la situación asociados a la sospecha de maltrato se ha observado una relación entre la calidad de la relación anterior entre la persona mayor y la persona que le proporciona cuidados, al igual que en otros estudios realizados (Homer y Gilleard, 1990; Glendenning, 1993). Tener una mala relación con la persona a la que se tiene que empezar a prestar cuidados puede provocar la aparición de mayor estrés y sentimientos negativos hacia la persona mayor, lo que puede aumentar el riesgo de maltrato.

También la presencia de conflictos familiares se asocia a la sospecha de maltrato, resultado replicado previamente (Kivelä et al., 1992; Pitsiou-Darrough y Spinellis, 1995; Jayawardena y Liao, 2006). El desgaste de los vínculos intergeneracionales entre padres e hijos y los conflictos maritales pueden incrementar el riesgo de maltrato (Jayawardena y Liao, 2006). El estrés y la ira resultado de los problemas maritales podrían desbordarse y provocar como resultado el maltrato de un familiar mayor, especialmente de un suegro o una suegra (Kosberg, 1988).

Y lo mismo ocurre con los problemas de convivencia (Kosberg, 1988; Pillemer, 2005; Baker, 2007). El hecho de que el responsable del maltrato y la

persona mayor vivan juntos aumenta el riesgo de maltrato (Kosberg, 1988; Pillemer, 2005; Baker, 2007). Convivir juntos implica que aumentan las oportunidades de contacto o de interacción entre ellos y, por tanto, aumenta la probabilidad de maltrato en presencia de conflictos.

Es importante señalar también que no se ha encontrado relación entre la sospecha de maltrato y algunos factores mencionados en la literatura como, por ejemplo, que la persona mayor sea dependiente, factor mencionado en diversos estudios (Lachs et al., 1997; Baker, 2007; Sasaki et al., 2007). En el presente proyecto se analizó cuántas personas recibían ayuda para la realización de actividades básicas e instrumentales, encontrando que eran un 20,7% de las personas participantes. Este dato es inferior al porcentaje de personas mayores con dependencia en la población española que asciende al 32%, de manera que la muestra seleccionada para este trabajo es más independiente que lo encontrado en el grupo de personas mayores en la población. Además, la dependencia que presentan las personas mayores participantes en el estudio son dependencias leves por lo que no se incluye a personas con dependencia moderada o grave que son los casos en los que pudiera aumentar de forma significativa el riesgo de maltrato. Respecto a la edad de la persona mayor los estudios señalan que el riesgo de maltrato aumenta con la edad (75-80 años) (National Center on Elder Abuse, 1998; Collins, 2006; Lachs et al., 1997). La falta de asociación en este estudio entre la sospecha y la edad puede ser debida a la poca proporción de personas mayores de 75 o más años (23,8%) que participaron en el estudio.

Tampoco se ha encontrado relación entre el estado civil de la persona mayor y la sospecha de maltrato, aunque en algunos estudios sí encuentra relación entre ambas (Pitsiou-Darrough y Spinellis, 1995; Schiamberg y Gans, 2000; Vida et al., 2002; Kosberg, 2005). En un estudio se ha relacionado el nivel educativo de la persona mayor con el riesgo de maltrato (Oh et al., 2006) pero los resultados obtenidos en este estudio no permiten establecer dicha relación. No encontrar estas asociaciones puede ser debido bien a la selección

de la muestra y a sus características bien a la metodología utilizada que no es la misma que en otros estudios desarrollados.

En resumen, la sospecha de maltrato se ha relacionado con ser mujer, tener conflictos familiares, que perciba que su salud es muy mala, mala o regular, que esté triste, aislada, que sea económicamente dependiente de otra persona, que la pareja de la persona mayor no presente enfermedad física, presente abuso de sustancias y presente trastornos cognitivos, que el tipo de convivencia actual suponga un problema y que exista una mala calidad de la relación anterior con la persona que le proporciona cuidados. Parece interesante tener en cuenta todos estos factores de riesgo para la prevención, detección e intervención en los casos de maltrato entre las personas mayores, en especial la presencia de una mala calidad de la relación anterior con la persona que le proporciona cuidados y si la pareja de la persona mayor abusa de sustancias ya que ambos presentan los índices de riesgo más elevados.

5. Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones del estudio está relacionada con la muestra seleccionada para este estudio que puede no ser representativa del grupo de personas mayores en la población española en general. La muestra seleccionada se compone mayoritariamente de personas independientes, o de personas con alguna dependencia pero que no están recluidas en casa. Sería interesante replicar este trabajo incluyendo a un grupo de personas mayores con situaciones de dependencia moderada-grave para observar si los resultados obtenidos se mantienen ya que la dependencia es un factor de riesgo de maltrato.

Además, este estudio se ha realizado únicamente con personas mayores sin deterioro cognitivo, aunque en los estudios revisados, la presencia de deterioro cognitivo en la persona mayor es un factor de riesgo significativo para el maltrato. Por tanto los resultados obtenidos no deben ser extrapolados

a la población de personas mayores en general, sino al grupo de personas mayores sin deterioro cognitivo.

Otra limitación, señalada también por Yaffé et al., (en prensa) podría ser la ausencia de un criterio externo objetivo de maltrato. Según estos autores “la barrera más significativa en el desarrollo preciso de instrumentos de *screening* y evaluación es la falta de un criterio estándar para el diagnóstico o validación del maltrato. La ausencia de un biomarcador o test clínico decisivo hace que el diagnóstico dependa de una serie de datos objetivos y subjetivos ...” (Fulmer, Guadagno, Dyer y Connolly, 2004). Tanto en este estudio como en el desarrollado por Yaffé et al. (en prensa) el criterio externo para la detección de la sospecha de maltrato es un criterio subjetivo ya que hace referencia a la opinión de un profesional.

6. Conclusiones

Este es uno de los escasos estudios realizados en nuestro país sobre maltrato hacia las personas mayores y el único hasta la actualidad en el que se valida un cuestionario cuyo objetivo es detectar sospecha de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. Como conclusiones más importantes del estudio se señalan las siguientes:

1. Se dispone de un instrumento (Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores, EASI) lingüísticamente adecuado y pertinente y validado para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores en el ámbito comunitario en España.
2. La aplicación del EASI se ha ampliado al contexto de los Servicios Sociales y no únicamente a Atención Primaria, como en el estudio original (Yaffé et al., en prensa).
3. Los resultados muestran que la sospecha de maltrato hacia las personas mayores es un fenómeno multidimensional, de manera que el maltrato debe ser considerado como un fenómeno con categorías diferenciadas. En concreto emergen tres categorías:

negligencia, abuso económico y maltrato interpersonal (maltrato psicológico y físico y sexual).

4. En función de los resultados obtenidos, se observa que la utilidad del EASI, basada en términos estadísticos, está garantizada en centros de Servicios Sociales no siendo así en centros de Atención Primaria.
5. Al margen de la validez que el EASI tiene para detectar sospecha de maltrato, es en sí mismo un instrumento útil ya que aumenta la sensibilidad de los profesionales hacia el maltrato en las edades avanzadas. Este instrumento ofrece al profesional la oportunidad de conocer los elementos más relevantes del maltrato hacia las personas mayores, así como su utilización puede ayudar también a los profesionales a detectar casos de sospecha de maltrato. Probablemente, existan mejores alternativas de sensibilización (por ejemplo, formación) pero el hecho de entrevistar y preguntar a las propias personas mayores sobre este aspecto lleva a reflexionar y valorar con equidad las situaciones de maltrato y negligencia hacia las personas mayores.
6. Existen dificultades para la implantación del procedimiento basado en el EASI dentro del ejercicio profesional de los médicos de Atención Primaria por la falta de tiempo y la acumulación de funciones. La implantación en Servicios Sociales del EASI es de mayor efectividad al menos en las condiciones actuales.
7. Se ha encontrado una prevalencia de sospecha de maltrato del 12.1%. Este índice de prevalencia es superior al encontrado en otros estudios y superior también a la tasa obtenida en el estudio original. No obstante, cabe recordar que el significado del maltrato entre las personas mayores no necesariamente es equivalente al de otros grupos de edad u otros colectivos (maltrato de género y maltrato infantil) y que, por tanto, aunque esta cifra es significativa, la valoración cualitativa de la misma no debe caer dentro de un alarmismo social (ya que se está hablando de sospecha de maltrato) ni, por el contrario, en una “dejadez social”.

8. El tipo más frecuente de sospecha de maltrato es el psicológico, seguido del físico y sexual. Este resultado está en la misma línea que muchos otros estudios, incluido el original.
9. Es frecuente la presencia simultánea de diferentes tipos de sospecha de maltrato, especialmente son comunes el maltrato psicológico y maltrato físico y sexual. Además, la sospecha de maltrato psicológico está presente en un 82,9% del total de los casos de sospecha de maltrato. En este sentido, la presencia de maltrato psicológico puede actuar como señal de alarma, de forma que su detección es prioritaria.
10. En general, la prevalencia de sospecha de maltrato encontrada es similar en Atención Primaria y Servicios Sociales. Lo mismo sucede con todos los tipos de sospecha de maltrato, a excepción de la negligencia, cuya prevalencia es mayor cuando se evalúa en Atención Primaria.
11. Los responsables de la sospecha de maltrato son con mayor frecuencia los cónyuges seguidos de los hijos.
12. La percepción de maltrato en las personas mayores coincide en un porcentaje elevado con la del profesional si bien queda un margen de discrepancia importante. Este porcentaje de acuerdo es mayor en Servicios Sociales (80%) y menor en Atención Primaria (45,5%). El mayor grado de acuerdo tiene lugar en la sospecha de maltrato psicológico y el menor se da en la negligencia.
13. Como factores de riesgo asociados a la sospecha de maltrato se han encontrado características de la persona mayor como ser mujer, tener mala salud percibida, estar triste, estar aislado socialmente y ser económicamente dependiente de otra persona. También se han encontrado factores de riesgo pertenecientes al responsable del maltrato como que abuse de alcohol u otras sustancias, que tenga trastornos cognitivos y que no tenga enfermedad física. Finalmente, se han encontrado factores de riesgo presentes en el contexto de la situación como mala calidad de la relación anterior con la persona que proporciona cuidados a

la persona mayor, presencia de conflictos familiares o de problemas de convivencia.

14. Es importante tener en cuenta estos factores de riesgo para la prevención, detección e intervención en casos de maltrato hacia las personas mayores, en especial la mala calidad de la relación anterior y el abuso de sustancias por parte de la pareja de la persona mayor, ya que presentan los índices de riesgo más elevados.
15. Puede concluirse de este estudio que el maltrato hacia las personas mayores es un problema socialmente relevante y, por ello, la detección de un posible caso de maltrato debe seguirse de la actuación correspondiente. La Guía de Actuación: **Malos tratos a personas mayores** expresa acertadamente el punto de vista: “Ante situaciones significativas de malos tratos o de alto riesgo de los mismos, se precisará la intervención de un equipo interdisciplinar que establezca un plan de actuación integral. La inexistencia de este equipo no supone la anulación de la responsabilidad individual de intervenir, aunque el margen de actuación tenga que ser necesariamente más limitado , pg. 140” (Barbero et al., 2005).

7. Referencias

Adelman, R., Siddiqui, H. y Foldi, N. (1998). Approaches to Diagnosis and Treatment of Elder Abuse and Neglect. En: M. Hersen y V.B. Van Hasselt. *Handbook of Clinical Geropsychology* (pp. 557-567). New York: Plenum Publishing Company

Ahmad, M. y Lachs, M.S. (2002). Elder abuse and neglect: What physicians can and should do. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 69(10), 801-808.

American Medical Association. (1992). *Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*. Chicago, IL: American Medical Association.

Anetzberger, G.J. (2005). Clinical Mangement of Elder Abuse: General Considerations. *Clinical Gerontologist*, 28(1/2), 27-41.

Ansello, E.F. (1996). Causes and Theories. En, L.A. Baumhover y S. Colleen. *Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons. Strategies for Assessment and Intervention* (pp. 9-30). London: Health Professions Press.

Baker, A.A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5(8), 20-24

Baker, M.W. (2007). Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early Mortality. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 12(6): 313-321.

Barbero, J., Barrio, I.M., Gutierrez, B., Izal, M., Martínez, A., Moya, A., Pérez, G., Sanchez del Corral, F. y Yuste, A. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto

de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Manual teórico-práctico sobre el maltrato a mayores.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>

Bass, D.M., Anetzberger, G.P., Ejaz, F.K. y Nagpaul, K. (2001). Screening Tools and Referral Protocol for Stopping Abuse Against Older Ohioans: A Guide for Service Providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13(2), 23-38

Bazo, M.T. (2001). Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 36(1), 8-14.

Bell, B., Oyebode, J. y Oliver, C. (2004). The Physical Abuse of Older Adults: The Impact of the Carer's Gender, Level of Abuse Indicators and Training on Decision Making. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16(3), 19-44.

Bennett G., Kingston P. y Penhale. (1997). The Dimensions of Elder Abuse: Perspectives for Practitioners". Basingstoke, Macmillan.

Biggs, S., Phillipson, C. y Kingston, P. (1995). *Elder Abuse in Perspective*. Buckingham: Open University Press.

Block, M.R. y Sinnott, J.D. (Eds.) (1979). *The battered elder syndrome: An exploratory study*. University of Maryland Center on Aging :College Park, MD

BOE n. 313 de 29/12/2004.

<http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

BOE n. 229 de 15/12/2006

<http://www.imersodependencia.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3383.pdf>

Bomba, P.A. (2006). Use of a Single Page Elder Abuse Assessment and Management Tool: A Practical Clinician's Approach to Identifying Elder Mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3/4), 103-122.

Bonomi, A.E., Anderson, M.L., Reid, R.J., Carrell, D., Fishman, P.A., Rivara, F.P. y Thompson, R.S. (2007). Intimate Partner Violence in Older Women. *The Gerontologist*, 47(1), 34-41.

Brandl, B. y Horan, 2002. Domestic Violence in Later Life: An Overview for Health Care Providers. *Women & Health*, 35 (2/3), 41-54.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychopathology*, 22(6), 723-742.

Bronfenbrenner, U. (1995). The bioecological model from a life course perspective-Reflections of a participant observer. En: P. Moen, G. Elder y K. Luscher. *Examining lives in context. Perspectives on the ecology of human development* (pp. 599-618). APA: Washington, DC.

Browne, K. y Herbert, M. (1997) *Preventing Family Violence*. Chichester: Wiley and Sons.

Burston, G.R. (1975) "Granny Battering". *British Medical Journal* (3), 592.

Burgueño, A.A., Iborra, I., Martínez, P. y Pérez, V. (2008). *Prevalencia comunicada de sujeciones físicas: Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer*. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar.

Choi, N.G. y Mayer, J. (2000). Elder Abuse, Neglect, and Exploitation: Risk Factors and Prevention Strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(2), 5-25

Cohen, M. Levin, S.H., Gagin, R y Friedman, G. (2007). Elder Abuse: Disparities Between Older People's Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1224-1230.

College of Nurses of Ontario (1993). *Abuse of Clients of Registered Nurses and Registered Nursing Assistants*. Reporting to Council on Results of Canada Health. Monitor Survey of Registrants, 1-11.

Collins, K.A. (2006). Elder Maltreatment. A Review. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 130, 1290-1296.

Comijs, H.C., Pot, A.M., Smit, J.H. y Jonker, C. (1998). Elder abuse in the Community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*; 46, 885-888.

Compton, S.A., Flanagan, P., y Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(6), 632-635.

Cooney, C., Howard, R. y Lawlor, B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: Can we identify those at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 564-571.

Crichton, S.J., Bond, J.B., Harvey, C.D.H. y Ristock, J. (1999). Elder Abuse: Feminist and Ageist Perspectives. *Journal of Elder Abuse and Neglect*: 10(3/4), 115-130.

Del Ser, T. y Peña-Casanova, J. (1994). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J.R. Prous, 1994.

Douglas, R.L. (1980). *Domestic mistreatment of the elderly – toward prevention*. Washington, D.C.: Criminal Justices Services Program Department, American Association of Retired Persons.

Ferguson, D. y Beck, C. (1983). H.A.L.F. A tool to assess elder abuse within the family. *Geriatric Nursing*, 4,301–304.

Ferris, L.E., Nurani, A. y Silver, L. (1999). Routine screening versus screening only in suspicious cases. In L.E. Ferris, A.Nurani, & L.Silver, (Eds), *A handbook dealing with woman abuse and the Canadian Criminal justice system: Guidelines for physicians*. (pp. 21-22). Ottawa: Family Violence Prevention Unit, Health Canada,

Finkelhor, D. y Pillemer, K. (1988). Elder abuse: Its relationship to other forms of domestic violence. In G. Hotaling, D. Finkelhor, J.T. Kirkpatrick y M.A. Straus. *Family abuse and its consequences: New directions in research*. Newbury Park : Sage Publications

Folstein, M.F., Folstein S.E. y McHugh, P.R. (1979). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12: 397-408.

Fulmer, T., Street, S. y Carr, K. (1984). Abuse of the elderly: Screening and detection. *Journal of emergency nursing*, 10(3), 131-140.

Fulmer, T. y O'Malley, T.A. (1987). *Inadequate care of the elderly: A healthcare perspective on abuse and neglect*. New York: Springer Publications.

Fulmer, T., Guadano, L., Dyer, C. y Connolly, M.T. (2004). Progress in elder abuse assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*; 52, 297–304.

Fulmer, T., Paveza, G., VandeWeerd, C., Fairchild, S. et al. (2005). Dyadic Vulnerability and Risk Profiling for Elder Neglect. *The Gerontologist*, 45(4), 525-534.

Gioglio, G.R. y Blakemore, P. (1983). Elder abuse in New Jersey: The knowledge and experience of abuse among older New Jerseyans. Trenton, NJ: New Jersey Department of Human Services.

Giordano, N.H. y Giordano, J.A. (1984). Elder abuse: A review of the literature. *Social Work* 29, 232–236.

Glendenning, F. (1993). What is Elder Abuse and Neglect. En: P. Decalmer y F. Glendenning. *The Mistreatment of Elderly People* (pp. 13-41). London-Newbury Park-New Delhi: SAGE Publications.

Godkin, M., Wolf, R. y Pillemer, K. (1989). A Case-Comparison Analysis of Elder Abuse and Neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28(3), 207-225.

Gordon, R.M. y Brill, D. (2001). The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197.

Hanley, J..A. y McNeil, B.J. (1982). The Meaning and Use of the Area under a Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve. *Radiology*: 143, 29-36

Hawes, C. (1992). Elder Abuse in Residential Long-Term Care Facilities: What is Known About Prevalence, Causes and Prevention. <http://finance.senate.gov/hearings/testimony/061802chtest.pdf>

Hegland, A. 1992. "Defusing conflict. Abuse prevention strategies". *Contemporary Long-Term Care*, 15(11), 60-62.

Henderson, D., Buchanan, J.A. y Fisher, J.E. (2002). Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: P.A. Schewe (Ed). *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span* (pp. 223-245). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Homer, A.C. y Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301, 1359-1362.

Hudson, M.F. (1986). Elder Mistreatment: Current Research. En: K.A. Pillemer y R.S. Wolf. *Elder Abuse. Conflict in the Family* (pp. 125-166). Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company.

Iborra, I. (2008). Maltrato de personas mayores en la familia en España. Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la violencia (Centro Reina Sofía).

IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores (2007). Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la

adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Colección Documentos: IMSERSO.

Izal, M., Pérez, G., Montorio, I., Losada, A. y Nuevo, R. (2005). Analyses of the differential efficacy of two interventions for dementia family caregivers aimed at the reduction of abuse risk. *9th European Congress of Psychology* (Julio 2005, Granada).

Jayawardena, K.M. y Liao, S. (2006). Elder Abuse at End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 127-136.

Johnson, D. (1981). Abuse of the elderly. *Nurse Practice*, 6, 29–34.

Johnson, T. (1986). Critical Issues in the Definition of Elder Abuse. In K.A. Pillemer y R.S. Wolf. *Elder Abuse. Conflict in the Family* (pp.167-193). Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company

Juklestad, O.N. (2001) "Institutional care for older people: The dark side", *The Journal of Adult Protection*, 3(2), 32-41.

Kessel, H., Marín, N. y Maturana, N. (1996). Declaración Almería sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 31, 367-372.

Kingston, P. y Reay, A. (1996) Elder abuse and neglect. En R. Woods. *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (pp. 423–438). Chichester: John Wiley & Sons.

Kivelä, S.L., KöngäsSaviaro, P., Kesti, E., Pahkala, K. y Ijäs, M.L. (1992). Abuse in old age epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 4(3),1-18.

Kosberg, J.I. (1988). Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions. *The Gerontologist*, 28(1), 43-50

Kosberg, J.I. y Garcia, J.L. (Eds.).(1995). *Elder abuse: International and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Kosberg, J. (2005). Prevención del maltrato de mayores. En I. Iborra, *Violencia contra personas mayores* (pp. 201-221). Barcelona: Ariel.

Kosberg, J.I. y Nahmiash, D. (1996). Characteristics of victims and perpetrators milieus of abuse and neglect. En: L.A. Baumhorer y S.C. Bell (Eds.). *Abuse, neglect and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention* (pp. 31-50). Baltimore, MD: Health Professions Press.

Kurrie, S.E., Sadler, P.M., Lockwood, K. y Cameron, I.D. (1997). Elder abuse: prevalence, intervention and outcomes in patients referred to four aged care assessment teams. *Medical Journal of Australia*, 166, 119–122.

Lachs, M.S., Berkman, L., Fulmer, T. y Horwitz, R.I. (1994). A prospective community-based pilot study of risk factors for the investigation of elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(2), 169-173.

Lachs, M. y Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 33,, 437-443.

Lachs, M.S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L. y Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study. *Gerontologist*, 37(4), 469–474.

Lachs, M.S. y Pillemer, K. (2004). Elder Abuse. *Lancet*, 364, 1263-1273.

Lachs, M.S. (2004). Screening for family violence: What's an evidence-based doctor to do? *Annals of Internal Medicine*, 140 (5), 399-400.

Lafata, M.J. y Helfrich, C.A. (2001). The Occupational Therapy Elder Abuse Checklist. En C.A. Helfrich. *Domestic Abuse Across the Lifespan: The Role of Occupational Therapy* (pp. 141-163). The Haworth Press, Inc.

Lau, E. y Kosberg, J.I. (1979). Abuse of the Elderly by Informal Care Providers. *Aging*, 297, 10-15.

Lobo, A., Ezquerro, J., Burgada, F.G., Sala, J.M. y Seva, A. (1979). Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 7, 189-202.

McCreadie, C. y Quigley, L. (1999). Figuring out Adult Abuse, *Community Care*, 1258, 24-25.

Muñoz Tortosa, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Pirámide.

National Center on Elder Abuse. (1998). *The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report*. Available at <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>.

Ogg, J. y Bennet, G. (1992). Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 305, 998-999.

O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S. y Erens, B. (2007). UK

Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence survey report.
National Centre for Social Research.

O'Malley, H., Segars, H., Perez, R., Mitchell, V. y Knuepfel, G. (1979).
Elder abuse in Massachusetts: A survey of professionals and paraprofessionals.
Boston, Massachusetts: Legal Research and Service for the Elderly.

Oh, J., Kim, H.S., Martins, D. y Kim, H. (2006). *International Journal of Nursing Studies*, 43, 203-214.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Declaración de Toronto.
http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf

Papadopoulos, A. y La Fontaine, J. (2000). *Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice*. United Kingdom: Winslow Press Ltd.

Pedrick-Cornell, C. y Gelles, R. (1982). Elder Abuse: The Status of Current Knowledge, *Family Relations*, 31, 457- 465.

Penhale, B., Parker, J. y Kingston, P. (2000). *Elder Abuse: Approaches to working with violence*. Birmingham: Venture Press.

Penhale, B. (2003). Older Women, Domestic Violence, and Elder Abuse: A Review of Commonalities, Differences, and Shared Approaches. *Journal of Elder Abuse*, 15(3/4), 163-183.

Pérez-Rojo, G., Izal, M. y Montorio, I. (2005). Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores dependientes en el ámbito familiar. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40(Supl 3), 69-73

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. y Nuevo, R. (2008). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*.

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. y Penhale, B. (en prensa). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*

Pérez, G. (2004). (a) Dificultades para definir el maltrato a personas mayores. Madrid. Portal Mayores

<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>

Pérez, G. (2004). (b) Tipos de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores. Madrid. Portal Mayores

<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-tipos-01.pdf>

Phillips, L.R. (1986). Theoretical Explanations of Elder Abuse: Competing Hypotheses and Unresolved Issues. En K.A. Pillemer y R.S. Wolf. *Elder Abuse. Conflict in the Family* (pp. 197-217). Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company

Phillips, L. (2005). El género como factor de riesgo. En I. Iborra, *Violencia contra personas mayores* (pp. 87-112). Barcelona: Ariel.

Pillemer, K. (1985). The Dangers of Dependency: New Findings on Domestic Violence against the Elderly. *Social Problems*, 33(2), 146-158.

Pillemer, K.A. y. Wolf R.S. (1986). *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company

Pillemer, K. y Suitor, J.J. (1988). Elder Abuse. En: V. B. Van Hasselt (Ed) y R. L. Morrison (Ed). *Handbook of Family Violence* (pp. 247-270). New York, NY, US: Plenum Press.

Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.

Pillemer, K. y Moore, D.W. (1989). Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff. *The Gerontologist*, 29(3), 314-320.

Pillemer, K. (2005). Factores de riesgo del maltrato de mayores. En I. Iborra, *Violencia contra personas mayores* (pp. 69-86). Barcelona: Ariel.

Pillemer, K.A., Mueller-Johns, K.U., Mock, Suitor, J.J. y Lachs, M.S. (2007). Interventions to Prevent Elder Mistreatment.. En : L.S. Doll, S.E. Bonzo, J.A. Mercy y D.A. Sleet. *Handbook of Injury and Violence Prevention* (pp. 241-254). New York, NY: Springer Publishing.

Pittaway, E. y Westhues, A. (1993). The Prevalence of Elder Abuse and Neglect of Older Adults Who Access Health and Social Services in London, Ontario, Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5(4), 77-93.

Pitsiou-Darrouh, E.N., y Spinellis, C.D. (1995). Mistreatment of the elderly in Greece. In J.I. Kosberg y J.L. Garcia, (eds.), *Elder Abuse: International and Cross-Cultural Perspective* (pp. 45-64). New York: The Haworth Press.

Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of elderly in Canada. *Journal of elder abuse and neglect*, 4, 5-58.

Quinn, M.J. y Tomita, S.K. (1997). *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies* (2nd edition). New York, NY: Springer Publishing Company.

Rathbone-McCuan E. (1980). Elderly victims of family violence and neglect. *Social Casework*, 61, 296–304.

Reis, M. y Nahmiash, D. (1995). Validation of caregiver screen (CASE). *Canadian Journal on aging*, 14(2), 45-61.

Reis, M. y Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38 (4), 471-480.

Rinker, A.G. (en prensa). Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers, *Archives of Gerontology and Geriatrics*.

Risco, C., Paniagua, M.C., Jiménez, G., Poblador, M.D., Molina, L. y Buitrago F. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en la población anciana. *Medicina clínica* 125(2), 51-55

Rodriguez, M.A., Bauer, H.M., McLoughlin, E. y Grumbach, K. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 282(5), 468-474.

Ruiz A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M y Requesens N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, 27, 331-334.

Sasaki, M., Arai, Y., Kumamoto, K., Abe, K., Arai, A. y Mizuno, Y. (2007). Factors related to potentially harmful behaviors toward disabled older people by

family caregivers in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 250-257.

Schiamberg, L.B. y Gans, D.M. (2000). Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 50(4), 329-59.

Sengstock, M.C. y O'Brien, J.G. (2002). Identifying and treating domestic abuse in the elderly: A training program for health and social service professionals. <http://hometown.aol.com/mcsengtoc/elderabuse.htm>

Shaffer, D.R., Dooley, W.K. y Williamson, G.M. (2007). Endorsement of Proactively Aggressive Caregiver Strategies Moderate the Relation Between Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior. *Psychology and Aging*, 22(3), 494-504.

Shugarman, L.R., Fries, B.E., Wolf, R.S. y Morris, J.N. (2003). Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *Journal of American Geriatrics Society*, 51, 24-31.

Spangler, D. y Brandl, B. (2007). Abuse in Later Life: Power and Control Dynamics and a Victim-Centered Response. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 322-331.

Strasser, S.M. y Fulmer, T. (1997). The Clinical Presentation of Elder Neglect: What We Know and What We Can Do. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 340-349

Straus, Murray A. 1979 "Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CTS) Scales." *Journal of Marriage and the Family* 41(1), 75-88

Tomita, S.K. (1990). The Denial of Elder Mistreatment by Victims and Abusers: The Application of Neutralization Theory. *Violence and Victims*, 53, 171-183.

US Preventive Service Task Force. (2004). Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statemen. *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 382-386)

Vida, S., Monks, R.C., y Des Rosiers, P. (2002). Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(5), 459-467.

Walsh, C.A., Ploeg, J., Lohfeld, L., Horne, J., MacMillan, H. y Lai, D. (2007). Violence Across the Lifespan: Interconnections Among Forms of Abuse as Described by Marginalized Canadian Elders and their Care-givers. *British Journal of Social Work*, 37, 491-514.

Weiner, A. (1991). A Community-Based Education Model for Identification and Prevention of Elder Abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 16(3/4), 107-119.

Wolf, R.S., Strugnell, C.P. y Godkin, M.A. (1982). *Preliminary Findings from Three Model Projects on Elderly Abuse, Center on Aging*. Worcester, MA: University of Massachusetts Medical Center.

Wolf, R.S. y Pillemer, K.A. (1989). *Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse*. New York: Columbia University Press.

Wolf, R.S. (1998). Domestic Elder Abuse and Neglect. *En*: I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt, editors. *Clinical Geropsychology* (pp. 161-165). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Wolf, R.S. (1997). Elder abuse and neglect: An update. *Review in Clinical Gerontology*, 7(2), 177-182.

Yaffé, M.J., Wolfson, C., Lithwick, M. y Weiss, D. (en prensa). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*

Yan, E. y Tang, C. (2004). Elder Abuse by Caregivers: A Study of Prevalence and Risk Factors in Hong Kong Chinese Families. *Journal of Family Violence*, 19(5), 269-277.

Youden, W.J. (1950). Index for rating diagnostic test. *Cancer*, 3, 32-35.

ANEXOS

FASE 1

ESTUDIO TRÁTAME-BIEN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Solicitamos su participación en un estudio cuyo objetivo final es contribuir a la detección de maltrato a personas mayores, problema que continúa estando muy oculto en nuestra sociedad. Usted ha sido elegido al azar entre las personas mayores de 65 años.

El estudio consta de dos fases:

-En la primera fase su médico/a o enfermero/a le pedirá que responda a unas preguntas muy sencillas y breves, unas para valorar su capacidad y otras que hacen referencia a situaciones de su vida que puedan haber ocurrido en este último año.

-En la segunda fase se le pedirá su participación en una entrevista más extensa relacionada con cómo se ha sentido usted en este último año. Para su realización, se contactará con usted telefónicamente para concertar una cita cuando usted pueda acudir al Centro de salud.

Es probable que alguna de las preguntas que se le hagan le parezcan excesivamente sencillas o en algún caso le sorprendan o le hagan sentirse incómodo, pero recuerde que al contestarlas puede estar contribuyendo a que personas mayores que estén sufriendo situaciones de maltrato se beneficien en un futuro.

Le agradecemos su atención. Su participación es totalmente voluntaria y puede dejar de responder a cualquier pregunta en el momento que quiera. La información recogida es totalmente confidencial y su nombre o cualquier dato que pudiera identificarle no serán difundidos ni utilizados de ninguna manera.

D./D^a, _____, he podido aclarar y he comprendido la información que se me ha dado y doy mi consentimiento para participar en el estudio.

En _____, a _____ de _____ de 200__

Fdo.: Participante _____ Fdo.: Entrevistador _____

ESTUDIO TRÁTAME-BIEN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Solicitamos su participación en un estudio cuyo objetivo final es contribuir a la detección de maltrato a personas mayores, problema que continúa estando muy oculto en nuestra sociedad. Usted ha sido elegido al azar entre las personas mayores de 65 años.

El estudio consta de dos fases:

-En la primera fase el psicólogo o trabajador social le pedirá que responda a unas preguntas muy sencillas y breves, unas para valorar su capacidad y otras que hacen referencia a situaciones de su vida que puedan haber ocurrido en este último año.

-En la segunda fase se le pedirá su participación en una entrevista más extensa relacionada con cómo se ha sentido usted en este último año. Para su realización, se contactará con usted telefónicamente para concertar una cita cuando usted pueda acudir al Centro.

Es probable que alguna de las preguntas que se le hagan le parezcan excesivamente sencillas o en algún caso le sorprendan o le hagan sentirse incómodo, pero recuerde que al contestarlas puede estar contribuyendo a que personas mayores que estén sufriendo situaciones de maltrato se beneficien en un futuro.

Le agradecemos su atención. Su participación es totalmente voluntaria y puede dejar de responder a cualquier pregunta en el momento que quiera. La información recogida es totalmente confidencial y su nombre o cualquier dato que pudiera identificarle no serán difundidos ni utilizados de ninguna manera.

D./D^a, _____, he podido aclarar y he comprendido la información que se me ha dado y doy mi consentimiento para participar en el estudio.

En _____, a _____ de _____ de 200__

Fdo.: Participante _____ Fdo.: Entrevistador _____

ANEXO 2

DEFINICIÓN Y TIPOS DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES.

Actualmente existe bastante controversia respecto a lo que puede o no considerarse maltrato y negligencia hacia las personas mayores. La Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las personas mayores (INPEA, 1995) indica que “el maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor”. Esta definición ha sido acuñada también en la Declaración de Toronto (2002) y es la que se va a utilizar en este proyecto. En la Tabla 1 se muestran los diferentes tipos de malos tratos hacia las personas mayores.

Tabla 1. Tipos de maltrato hacia las personas mayores

Tipo	Definición	Indicadores
Físico	Acción (golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación, etc.) llevada a cabo por otras personas, que causa, como consecuencia, daño o lesión física de forma intencional	<ul style="list-style-type: none"> - Moratones, quemaduras, huesos fracturados o rotos. - Signos de haber sufrido restricciones de algún tipo, como marcas de cuerdas, etc. - Hipotermia, niveles anormales de fármacos, dolor al ser tocado.
Sexual	Cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o porque ha sido llevado a cabo a través de engaño. Algunos lo incluyen dentro del maltrato físico, y otros, como categoría independiente.	<ul style="list-style-type: none"> - Moratones alrededor del pecho o del área genital. - Enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación. - Hemorragias vaginales o anales sin explicación. - Ropa interior rasgada, manchada o con sangre.
Negligencia	Consiste en un acto de omisión, fallo intencional (activa) o no (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (higiene personal, por ejemplo) o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar, darle “trato de silencio” (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Úlceras por presión. - Suciedad, olor a orina o heces. - Vestido inadecuado. - Malnutrición, deshidratación. - Ignorar a la persona mayor - Aislar a la persona mayor
Psicológico	Incluye agresión verbal, uso de amenazas, abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor como las actitudes edadistas en forma de infantilización.	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables. - Indecisión para hablar abiertamente. - Comportamiento inusual. - Se muestra disgustado o agitado.
Económico	Implica robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, obligarle a cambiar el testamento, etc., dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón irregular de gastos o retirada de dinero. - Cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etc. - Firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor.

ANEXO 3

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN CORRECTA DEL CUESTIONARIO.

El instrumento tiene como objetivo detectar la sospecha de maltrato a personas mayores en el ámbito doméstico, donde el posible responsable del maltrato puede ser un familiar, un vecino, un amigo, un cuidador remunerado o formal.

Para poder aplicar correctamente este cuestionario es necesario seguir una serie de pasos.

Primer paso: cualquier persona de 65 o más años podrá ser objeto de aplicación de este cuestionario. **HAY QUE SELECCIONAR APROXIMADAMENTE UN 50% DE MUJERES Y 50% DE HOMBRES.** Para ello se puede seleccionar, por ejemplo, al primer hombre o mujer que entre en la consulta o seleccionar a uno/a de cada tres hombres o mujeres, etc.

En primer lugar se solicita a la persona su participación en el estudio y se le facilita la información que se incluye en el consentimiento informado. Se le pide que firme el consentimiento informado del que se rellenan dos copias. Una de las copias se entrega a la persona mayor y otra se la queda el profesional.

IMPORTANTE: SI RECHAZA LA PARTICIPACIÓN ANOTAR POR QUÉ RECHAZA LA PARTICIPACIÓN.

Segundo paso: Para intentar que pueda responder libremente, se intentará que la persona mayor esté sola en la consulta, sin la presencia de ninguna otra persona allegada, por ejemplo, un familiar, amigo, vecino, etc. Por ejemplo se podría decir a la persona que le acompaña “Debido a que el estudio solicita que estas preguntas se hagan en privado, ¿podría por favor dejarnos a solas un momento?”. Si la persona que acompaña a la persona mayor no se marcha, las preguntas se formulan de todos modos pero se informa de esta presencia al final de la aplicación del instrumento.

Tercer paso: Se aplica el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC, Lobo, 1979) a la persona mayor para comprobar la posible existencia de deterioro cognitivo. Si se obtiene una puntuación igual o mayor a 24 no hay presencia de deterioro cognitivo. Si presenta una puntuación igual o menor a 23 se considera que existe deterioro cognitivo.

Cuarto paso: Este paso va a depender del resultado del anterior de manera que:

1. Si la persona mayor no presenta deterioro cognitivo, se le aplica el Índice de Sospecha de Maltrato.
2. Si la persona mayor presenta deterioro cognitivo no se le puede aplicar el Índice de Sospecha de Maltrato. En este caso se pregunta a la persona mayor si le cuida alguien y en caso de respuesta afirmativa, se pregunta al cuidador si podría preguntarle sobre su situación como cuidador, para saber cómo se siente y cómo afronta la situación. Se solicita Nombre y número de teléfono del cuidador.

Nombre cuidador:

Teléfono cuidador:

Quinto paso: ¿Qué mide o evalúa cada pregunta del Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores?

- La pregunta del Índice de Sospecha de Maltrato “En los últimos 12 meses/En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?” evalúa si la persona mayor es dependiente en alguna de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

- En la pregunta del Índice de Sospecha de Maltrato “En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le han puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?” se evalúa la sospecha de negligencia física y psicológica.

- En la pregunta del Índice de Sospecha de Maltrato “En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?” se evalúa la sospecha de maltrato psicológico.

- En la pregunta del Índice de Sospecha de Maltrato “En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?” se evalúa la sospecha de maltrato económico.

- En la pregunta del Índice de Sospecha de Maltrato “En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?” se evalúa la sospecha de maltrato físico y sexual

ANEXO 4

**ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS
MAYORES**

Fecha:

--	--

Nombre
EVALUADOR

del

--

¿La persona mayor rechaza la participación? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta afirmativa, explicar el motivo del rechazo:

Nombre y apellido de la
PERSONA MAYOR

--

Edad: _____ años

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Estado Civil

- ☐ Soltero
- ☐ Casado
- ☐ Divorciado
- ☐ Viudo
- ☐ En Pareja
- ☐ Otros _____

(determinar)

Con quién convive

- ☐ Solo
- ☐ Con el cónyuge o pareja
- ☐ Con un compañero de habitación
- ☐ Con hijo(s) ¿Cuántos? : _____ hijos
- ☐ Con nieto(s) ¿Cuántos? : _____

nietos

☐ Con otros familiares:
_____ (determinar)

☐ Con un cuidador pagado

☐ Otra forma:

(determinar)

Nivel educativo: ☐ Analfabetismo

- ☐ Aprendizaje elemental no formal: leer y escribir
- ☐ Primarios incompletos (inferior a la Educación Primaria)
- ☐ Primarios Completos (Educación Primaria)
- ☐ Secundaria/Bachiller/Formación Profesional incompleta
(sólo algunos años)
- ☐ Secundaria/Bachiller hasta COU o FP Completa
- ☐ Estudios universitarios
- ☐ Otro: _____ años de estudios

Enfermedades de la persona mayor (enumerar):

¿Cómo considera que es el estado de salud de la persona mayor?

☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Muy mala

A continuación aplique el cuestionario MEC. Puntuación del MEC

NOTA PARA EL PROFESIONAL:

Con una puntuación del MEC igual o menor de 23 existe deterioro cognitivo. Finaliza la entrevista.

Nombre cuidador _____

Teléfono cuidador: _____

Con una puntuación en el MEC igual o mayor a 24 no existe deterioro cognitivo. Continúe la entrevista.

ANTES DE APLICAR EL ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO EL PROFESIONAL DEBE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Es ésta su primera consulta con este paciente? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sospechado en algún momento que la persona mayor a la que va a evaluar puede estar sufriendo algún tipo de maltrato (físico, psicológico, sexual, económico, negligencia)?

☐ Sí ☐ No

¿Por qué? (Por ejemplo, indicadores observados, informado por otro profesional):

En caso de respuesta afirmativa indique el tipo de maltrato (Marque todas las opciones que considere necesarias)

☐ Físico ☐ Psicológico ☐ Sexual ☐ Económico ☐

Negligencia

Instrucciones que se dan a las personas mayores para aplicarle el cuestionario:
“A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses. Es decir, vamos a centrarnos solamente en lo que haya sucedido en el último año.”

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Se pone un ejemplo a la persona mayor para centrarla en el tiempo en el que estamos interesados que haga referencia con sus respuestas, por ejemplo, si el cuestionario se aplica en enero se le dice, “Si nosotros estamos en *enero*, me gustaría que sus respuestas se refirieran al período comprendido entre enero del año pasado y *enero* de este año”.

1. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?

☐ Sí
 ☐ No
 ☐ No contesta

◆ En caso de respuesta afirmativa,
 ♦ ¿Quién se la ha proporcionado?

♦ ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s? ☐ Sí ☐ No

♦ ¿Qué tipo de problemas tiene con esas personas?

◆ En caso de respuesta negativa,
 ♦ ¿La ha necesitado? ☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

♦ ¿Por qué no la ha recibido?

2. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?

☐ Sí
 ☐ No
 ☐ No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?

☐ Una ocasión
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?

3. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?

☐ Sí
 ☐ No
 ☐ No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?

- ☐ Una ocasión ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces
☐ Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?

4. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?

- ☐ Una ocasión ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces
☐ Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?

5. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?

- ☐ Una ocasión ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces
☐ Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Una vez contestadas las preguntas, se vuelve al inicio de las preguntas sobre sospecha de maltrato (1-5) y si la persona mayor ha contestado afirmativamente a alguna de ellas tendrá que preguntarle ¿Quién es la persona responsable de cada una de estas situaciones?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Al terminar hay que comentar a la persona mayor que es posible que la llamen por teléfono para citarla otro día para saber cómo se encuentra, si ha cambiado algo en su situación actual, etc. Si la persona mayor es cuidada por otra persona se pregunta a ese cuidador (familiar o no) que estamos realizando un estudio y que nos gustaría saber cómo se siente y afronta la situación de cuidado, por lo que es probable que le llame para entrevistarle.

Teléfono de la persona mayor:_____

Teléfono del cuidador_____

LA SIGUIENTE PREGUNTA ES EXCLUSIVAMENTE PARA EL PROFESIONAL. No hacer la siguiente pregunta a la persona mayor.

6a. El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?

☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

¿Cree que éste es un caso de sospecha de maltrato?

☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

En caso de respuesta afirmativa indique por qué:
indicadores actuales, historia previa, etc.

En caso de respuesta afirmativa ¿Qué tipo de sospecha de maltrato cree que se está produciendo? Marque todas las opciones que considere necesarias

☐ Físico ☐ Psicológico ☐ Sexual ☐ Económico
☐ Negligencia

6b. Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?

☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta afirmativa ¿Quién?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: “Por favor anote cualquier observación o información que considere importante tras la aplicación del protocolo a la persona mayor”:

FASE 2

ANEXO 5

Fecha:

--	--

Nombre
EVALUADOR

del

--

Nombre de la PERSONA
MAYOR

--

Edad: _____ años

Lugar de la entrevista:

☐ Domicilio ☐ Centro

Hora inicio entrevista:

--

El instrumento tiene como objetivo detectar la sospecha de maltrato a personas mayores en el ámbito doméstico, donde el posible responsable del maltrato puede ser un familiar, un vecino, un amigo, un cuidador remunerado o formal.

NOTA PARA EL PROFESIONAL: “Para intentar que pueda responder libremente, se intentará que la persona mayor esté sola en la consulta, sin la presencia de ninguna otra persona allegada, por ejemplo, un familiar, amigo, vecino, etc. Por ejemplo se podría decir a la persona que le acompaña “Debido a que el estudio solicita que estas preguntas se hagan en privado, ¿podría por favor dejarnos a solas un momento?”. Si la persona que acompaña a la persona mayor no se marcha, las preguntas se formulan de todos modos pero se informa de esta presencia al final de la aplicación del instrumento.”.

SECCIÓN 1: HISTORIA SOCIAL (ocupación, matrimonio, divorcio, desgracia o acontecimiento negativo, educación, inmigración, traslados, otros acontecimientos importantes).

En esta sección, sugiera a la persona mayor que le cuente su historia personal. Durante el proceso, reúna información sobre lo que antecede y vaya reflejándola más abajo:

1. Situación ocupacional (trace un círculo alrededor de lo que proceda)

1. Jubilado ¿Tipo de trabajo desempeñado? :
2. Tareas domésticas
3. Otro:

2. Vivienda

1. Casa / apartamento []
2. Vivienda de bajo costo / habitación de alquiler moderado []
3. Otra (especifíquese):

- ¿Existen dificultades o problemas específicos identificados por la persona mayor con respecto a las condiciones de la vivienda (salubridad, espacio, seguridad, satisfacción...)?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐

Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

3.

Con quién convive (marque todo lo que proceda)

- ☐ Sólo
- ☐ Con el cónyuge o pareja
- ☐ Con un compañero de habitación
- ☐ Con hijo(s) ¿Cuántos? :_____ hijos
- ☐ Con nieto(s) ¿Cuántos? :_____ nietos
- ☐ Con otros familiares:

_____ (determinar)

☐ Con un cuidador pagado

☐ Otra forma:

_____ (determinar)

♦ ¿Cuánto tiempo ha permanecido en la forma de convivencia actual?

• ¿Esta situación supone un problema (por ejemplo: problemas familiares, necesidad de mayor cantidad de ayuda, otros)?

☐ Sí
responder

☐ No

☐ No aplicable

☐ Resistencia a

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

4. Describa los acontecimientos más importantes (o sucesos vitales) vividos en los últimos 12 meses (trace un círculo alrededor de todo lo que proceda)

1. Ninguno
2. Fallecimiento
3. Divorcio (propio o en la familia) / separación de la pareja
4. Deterioro físico de la persona mayor o de la persona con quien convive
5. Cambio en la situación financiera
6. Hijos o nietos que se trasladan o se marchan de casa.
7. Trasladarse o marcharse de la casa de un hijo o de otro familiar
8. Otro (especifíquese):

Detallar:

5. En la actualidad, ¿cómo considera usted su salud?

☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Muy mala

SECCIÓN 2 : DINÁMICA FAMILIAR

RELACIÓN CON EL CÓNYUGE / LA PAREJA

6. En el caso de que esté casado, ¿es este el primer matrimonio?

(Aplique la misma pregunta en el caso tiene pareja de hecho o relación estable)

1. Sí ¿Desde cuándo? :
2. No ¿Cuánto tiempo hace que tiene la relación actual? :
3. No aplicable (Vaya a la pregunta 8)
4. Resistencia a responder

7. La mayoría de las parejas reconocen que, de vez en cuando, surgen problemas en su relación. ¿Con qué frecuencia estima que se producen estos problemas en la suya y utilizando la siguiente escala? :

- ☐ Nunca ☐ Ocasionales/esporádicos ☐ Frecuentes/A menudo
☐ Muy frecuentes

Detallar:

- ♦ ¿Su cónyuge o pareja tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso del alcohol, de la droga o del juego o trastorno mental)?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que este problema ha tenido sobre la persona mayor:

- ♦ Si procede, investigue las siguientes preguntas:

- ¿Cómo influyen estos problemas en su relación?

- ¿Desde cuándo vienen ocurriendo estos problemas?

Describa cualquier problema que tenga con ellos:

9. ¿Alguno de los hijos tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso del alcohol, de la droga o del juego o trastorno mental)?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que estos problemas han tenido sobre la persona mayor:

¿Esta persona vive con la persona mayor?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

RELACIÓN CON LOS NIETOS

10. ¿Tiene nietos?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

- En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 12.
- En caso de respuesta afirmativa, ¿cuántos nietos tiene? _____
- Explore la relación entre la persona mayor y el nieto o los nietos. Si hay problemas, ¿con quién?

Señale con qué nietos tiene problemas A:

B:

C:

D:

Describe cualquier problema que tenga con ellos:

11. ¿Alguno de los nietos tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso del alcohol, de la droga o del juego o trastorno mental)?

☐ Sí
responder

☐ No

☐ No aplicable

☐ Resistencia a

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que estos problemas han tenido sobre la persona mayor:

- ¿Esta persona vive con el paciente?

☐ Sí
responder

☐ No

☐ No aplicable

☐ Resistencia a

RELACIÓN CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA, AMIGOS, VECINOS, CUIDADOR PAGADO O FORMAL

12. ¿Hay algún otro miembro de la familia, amigo, vecino, cuidador formal con quien haya tenido problemas en los últimos 12 meses?

☐ Sí
responder

☐ No

☐ No aplicable

☐ Resistencia a

- En caso de respuesta afirmativa, ¿Con quién ha tenido esos problemas? _____
- ¿Qué problemas ha tenido?

- ¿Con qué frecuencia se han producido esos problemas?

☐ Una ocasión ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

13. ¿Algún otro miembro de la familia, amigo, vecino o su cuidador pagado o formal, tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso del alcohol, de la droga o del juego o trastorno mental)?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que estos problemas han tenido sobre la persona mayor:

- ¿Esta persona vive con la persona mayor?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

SECCIÓN 3 : PREGUNTAS ACERCA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

GRADO DE DEPENDENCIA

14. La persona mayor es:

1. Independiente en todas las actividades de la vida diaria *Vaya a la pregunta 19*

2. Independiente en algunas actividades de la vida diaria

3. Completamente dependiente

4. (Si es aplicable) ¿Cuántas personas le proporcionan ayuda?

Haga una lista de las personas que le ayudan y del grado de parentesco que tiene con ellas:

A:

B:

C:

D:

En esta sección, use las categorías enumeradas anteriormente para ayudarle a completar la tabla. Las personas mayores pueden tener diferentes cuidadores para diferentes tareas.

Grado de ayuda

1. Sin ayuda
2. Con la ayuda de otros
3. Completamente dependiente de otros
4. Actividad no realizada

Actividad	Grado de ayuda (de 1 a 4)	Para cada ítem, indique si la situación es <u>T</u> emporal o <u>P</u> ermanente	¿Quién lleva a cabo la actividad) (véanse de A a D, anteriores)	¿Se siente satisfecho con el cuidado recibido		¿Vive la persona mayor con el cuidador?
				SÍ	NO	
Bañarse						
Administración de medicamentos						
Tareas domésticas						
Preparación de la comida						
Comer						
Ir a comprar						
Transporte						
Movilidad						
Otra						

15. Pregunte directamente a la persona mayor acerca del tipo de cuidados que recibe y la relación con la persona que le ayuda:

- ¿Ha habido algún problema con el tipo de cuidados que ha recibido en los últimos 12 meses?

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a responder**

Detallar:

- ¿Con qué frecuencia diría que se han producido tales problemas?

☐ Una sola vez ☐ Algunas veces ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente

Detallar:

- ¿Cree que en alguna ocasión se le ha privado de cosas que necesitaba? (Por ejemplo: equipamiento de la casa, alimentos, visitas al médico, dentadura postiza, etc.).

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a responder**

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

- ¿Alguna vez se ha comportado con usted la/s persona/s que le presta cuidados de alguna forma que le haya molestado?

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a responder**

- ¿Se han producido discusiones entre usted y esa/s persona/s?

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a responder**

- ¿Le ha tratado alguna vez de forma brusca esa/s persona/s?

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a responder**

- ¿Dispone de la comida que quiere?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

- Respecto a calidad de comida

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

- Respecto a cantidad de comida

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

- ¿Alguna vez, durante un día o más, no haya tenido comida suficiente?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

- ¿Se ha negado alguna vez esa persona a llevarle de compras?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

- ¿Alguna vez le han hecho sentir que no valía para nada o que era una carga?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

- A la hora de pedir cosas que quiere o necesita, ¿se muestra reacio a pedirlo o tiene temor de hacerlo?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

16. ¿Tiene alguna preocupación con respecto a

1. estar seguro de que siempre tendrá ayuda disponible?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

2. la calidad de los cuidados que recibe?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

3. sentirse en deuda con la persona que le proporciona los cuidados?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

4. alguna otra cosa?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

17. Antes de necesitar algún tipo de ayuda, ¿ha habido problemas en su relación con alguna de las personas que le cuidan?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

18. ¿Alguno de los cuidadores tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso del alcohol, de la droga o del juego o trastorno mental)?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

¿Quién? _____

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que estos problemas han tenido sobre la persona mayor:

SECCIÓN 4: ESTADO FÍSICO Y MENTAL

19. ¿Toma algún medicamento?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

20. ¿Sabe para qué toma cada medicamento?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

21. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su consumo de medicamentos?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

22. ¿Consume alcohol?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

23. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su consumo de alcohol?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

24. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su nivel de tristeza o depresión?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

25. En los últimos 12 meses, ¿ha consultado o ha sido remitido a un psicólogo, a un trabajador social, a un psiquiatra o a cualquier otro tipo de profesional?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 5 : VIVIR CON UNA PERSONA A LA QUE TIENE QUE CUIDAR

26. ¿Vive con alguien que dependa de usted?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

- En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 28.
- En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál es su relación con esta persona?

- ¿Qué tipo de ayuda le proporciona usted a esta persona?

Sí

No

N/A = No aplicable

R = Resistencia a responder

	Sí	No	N/A	R
Baño				
Vestido				
Aseo				
Administración de la medicación				
Tareas domésticas				
Preparación de comida				
Comer				
Comprar				
Transporte				
Movilidad				
Otra (describase):				

--

- En caso de respuesta afirmativa a alguna de las cuestiones anteriores, ¿existe algún problema entre usted y esta persona?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

Detallar:

27. ¿Alguna vez le ha amenazado esta persona o se ha mostrado agresiva con usted? (de forma intencional o no intencional)

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 6: FAMILIA Y ACTIVIDADES SOCIALES

28. ¿Participa en actividades sociales?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

- ¿Cree que tiene suficiente contacto con sus hijos, familiares, amigos, vecinos, etc.?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

En caso de respuesta negativa. Detallar:

- ¿Participa en actividades familiares con tanta frecuencia como le gustaría?

☐ **Sí responder** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a**

- ¿Participa en actividades sociales con tanta frecuencia como le gustaría?

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a responder**

En caso de respuesta negativa. Detallar:

- En caso de respuesta negativa, ¿qué se lo impide?

☐ La salud
☐ No hay nadie que le lleve
☐ Accesibilidad insuficiente a las actividades en las que me gustaría participar
☐ Es demasiado caro
☐ Otras

Detallar:

- ¿Alguna vez alguien cercano a usted le ha impedido participar en actividades sociales?

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a responder**

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 7 A: DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LA PERSONA MAYOR

29. ¿Cómo cree que es su situación económica?

1. Económicamente autosuficiente
2. Parcialmente autosuficiente
3. Total dependencia económica
4. La desconozco

Detallar:

30. ¿Quién administra sus recursos económicos?

1. Yo mismo
2. Tengo alguna ayuda
3. Otros
4. Lo desconozco

31. En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 30.2 ó 30.3", ¿cuál es su relación con esa persona?

1. Cónyuge / pareja de hecho
2. Hijo(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :
3. Nieto(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :
4. Sobrina / sobrino ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :
5. Amigo(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :
6. Otra persona _____

- ¿Quién es el responsable de pagar su alquiler (hipoteca o impuestos sobre bienes inmuebles)? :
- ¿Alguna vez ha existido algún problema entre usted y la persona que administra sus recursos económicos?

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a responder**

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

32. ¿Alguna persona tiene un poder notarial bancario?

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No aplicable** ☐ **Resistencia a responder**

En caso de respuesta afirmativa, ¿alguna vez ha existido algún problema con esta persona?

33. ¿Alguna persona tiene un poder notarial total?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿alguna vez ha existido algún problema con esta persona?

34. ¿Alguna vez ha firmado documentos y ha sentido que le estaban obligando a firmarlos?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál fue su relación con la persona que le obligó a firmar?

Señale las consecuencias de ese hecho

35. **Formule estas preguntas SÓLO a las personas mayores que reciben ayuda para administrar sus recursos económicos o cuyos recursos han sido administrados por otra persona (incluidos quienes han concedido poderes notariales):**

- ¿Está informado de todas las gestiones que se hacen con su dinero y recursos económicos?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

- ♦ En caso de respuesta negativa, ¿esto supone un problema para usted?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable

- ¿Alguna vez se ha preocupado o ha sospechado de que su dinero no estaba siendo administrando como usted quería?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a

♦ ¿Esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a

- ¿Cree que su saldo bancarios es tal y como debería ser?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a

- ♦ En caso de respuesta negativa, ¿este problema se ha producido en los últimos 12 meses?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a

- ¿Alguna vez han utilizado su dinero sin su consentimiento?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a

- ♦ En caso de respuesta afirmativa, ¿esta situación se ha producido en los últimos 12 meses?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a

- ¿Se pagan regularmente todas sus facturas?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a

- ♦ En caso de respuesta negativa, ¿esta situación se ha producido en los últimos 12 meses?

☐ Sí responder ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a

- Si se ha identificado algún problema en cualquiera de las preguntas precedentes, ¿con qué frecuencia se han producido este tipo de situaciones en los últimos 12 meses?

☐ Una sola vez
Semanalmente
 ☐ Algunas veces
 ☐ Mensualmente
 ☐

Explicación de los problemas mencionados

36. En general, ¿cree que alguien anda detrás de su dinero?

☐ Sí
responder
 ☐ No
 ☐ No aplicable
 ☐ Resistencia a

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 7 B: DEPENDENCIA ECONÓMICA DE ALGUIEN SOBRE LA PERSONA MAYOR

37. En los últimos 12 meses, ¿ha dependido alguna persona de su dinero?

☐ Sí
responder
 ☐ No
 ☐ No aplicable
 ☐ Resistencia a

- *En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 43.*
- En caso de respuesta afirmativa, ¿quién?

- ☐ Cónyuge / pareja de hecho
- ☐ Hijo(s)
- ☐ Hija(s)
- ☐ Nieto(s)
- ☐ Sobrina(s)
- ☐ Sobrino(s)
- ☐ Otra persona:

- ¿Alguna de las personas anteriores administra también sus recursos económicos?

☐ Sí
responder
 ☐ No
 ☐ No aplicable
 ☐ Resistencia a

♦ En caso de respuesta afirmativa, ¿quién? _____

38. ¿Vive esa persona con usted?

☐ Sí ☐ No ☐ A veces ☐ No aplicable
☐ Resistencia a responder

39. ¿Hasta qué punto esa persona depende de usted económicamente?

1. Totalmente
2. Parcialmente
3. Ocasionalmente

- ¿Esta situación es ☐ permanente? ☐ temporal?

Explicación (por ejemplo: actualmente en situación de desempleo, ingresos insuficientes, discapacidad, otro motivo):

40. ¿Esta persona tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso del alcohol, de la droga o del juego o enfermedad mental)?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

41. ¿Alguna vez ha existido algún problema con respecto a los recursos económicos entre usted y esa persona?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

42. ¿Esta persona le ha maltratado alguna vez, de forma intencional o no intencional?

☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable ☐ Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

- ¿Persiste todavía este problema?

☐ Sí
responder

☐ No

☐ No aplicable

☐ Resistencia a

Detallar:

SECCIÓN 8 : RESUMEN DE LAS PREGUNTAS FORMULADAS A LA PERSONA MAYOR

El entrevistador indica: “Estamos a punto de acabar las preguntas y me gustaría repasar algunas cuestiones más”

43. ¿Ha habido momentos en los que se haya sentido atemorizado o amenazado por alguna persona cercana a usted?

1. No
2. Sí, ya mencionado
3. Sí, no mencionado; explicar quién y la situación:

4. En caso de respuesta afirmativa la pregunta 43.3, ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

☐ Sí
responder

☐ No

☐ No aplicable

☐ Resistencia a

En caso de respuesta negativa a la pregunta 43.4 ¿cuándo ocurrió?

44. ¿Cree que alguien cercano a usted le maltrata de alguna forma, ya sea de forma intencional o no?

1. No (vaya a la pregunta 45)
2. Sí, ya mencionado
3. Sí, no mencionado; explicar quién y la situación:

4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 44.3, ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

☐ **Sí
responder**

☐ **No**

☐ **No aplicable**

☐ **Resistencia a**

En caso de respuesta negativa a la pregunta 44.4, ¿cuándo ocurrió? :

45. ¿Alguna vez ha sentido que alguien cercano a usted estaba haciéndole daño emocional, físico (por ejemplo, golpeándole o tratarle bruscamente), sexual o económico, o siendo negligente y descuidando sus necesidades básicas, ya sea de forma intencional o no intencional?

1. No *(vaya a la pregunta 46)*

2. Sí, ya mencionado

3. Si, no mencionado; explicar quién y qué situación :

4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 45.3, ¿esto ha sucedido durante los últimos 12 meses?

☐ **Sí
responder**

☐ **No**

☐ **No aplicable**

☐ **Resistencia a**

En caso de respuesta negativa a la pregunta 45.4, ¿cuándo ocurrió?

46. En general, ¿está satisfecho con la relación que mantiene con las personas que están cerca de usted?

☐ **Sí
responder**

☐ **No**

☐ **No aplicable**

☐ **Resistencia a**

47. ¿Hay algo que le gustaría añadir que no haya sido mencionado antes?

☐ **Sí
responder**

☐ **No**

☐ **No aplicable**

☐ **Resistencia a**

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 9 : PREGUNTAS PARA EL EVALUADOR

48. ¿Le fue posible entrevistar a la persona mayor en privado?

☐ Sí

☐ No

☐ No aplicable

En caso de respuesta negativa, ¿quién estaba presente y por qué? :

49. ¿Cree que la persona mayor se ha mostrado abierto y sincero con usted durante la evaluación?

☐ Sí

☐ No

☐ No aplicable

En caso de respuesta negativa, detallar:

50. ¿La persona mayor fue capaz de participar plenamente en la entrevista?

☐ Sí

☐ No

☐ No aplicable

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación (dificultad de entendimiento, problemas auditivos, falta de cooperación, etc.):

51. Durante la entrevista, ¿observó en la persona mayor alguno de los siguientes estados afectivos? Marque todos los que procedan:

- ☐ Agresividad
- ☐ Ansiedad
- ☐ Vergüenza
- ☐ Depresión
- ☐ Miedo
- ☐ Impotencia
- ☐ Ira
- ☐ Tristeza
- ☐ Otros:

Comentario:

52. ¿Observó algún signo de abuso, negligencia o maltrato? (Por ejemplo, que estuviese mal atendido, casa desordenada, falta de alimentos, olor a orina, algún moratón visible e inexplicable, u otro signo)

☐ Sí

☐ No

☐ No aplicable

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

53. ¿Cree que esta persona mayor está siendo maltratado?

1. Sí

2. No

3. No lo sé

Explique su respuesta:

4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 53, ¿el paciente

[] declaró específicamente que había sido maltratado?

[] utilizó palabras para describir el maltrato?

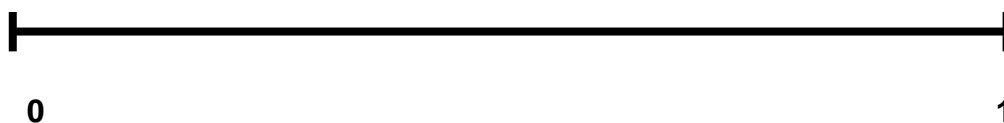
Detallar:

55.1

¿Hasta que punto está seguro de haber encontrado maltrato psicológico?

No probable

Probable

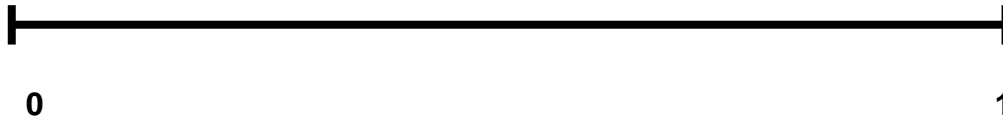


55.2

¿Hasta que punto está seguro de haber encontrado negligencia?

No probable

Probable

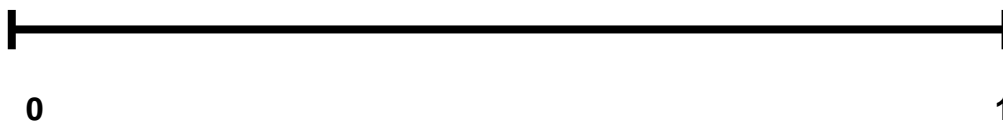


55.3

¿Hasta que punto está seguro de haber encontrado maltrato físico?

No probable

Probable



55.4

¿Hasta que punto está seguro de haber encontrado abuso económico?

No probable

Probable



55.5

¿Hasta que punto está seguro de haber encontrado abuso sexual?

No probable

Probable

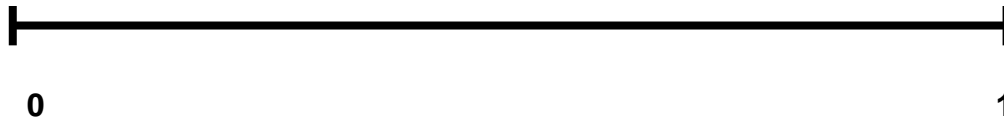


56.

¿Hasta que punto está seguro de su evaluación global?

Inseguro

Seguro



57. ¿Qué signos y síntomas de maltrato psicológico, físico, económico, negligencia (activa o pasiva) observó?

En caso de ser aplicable, incluya la explicación:

Maltrato psicológico

Negligencia

Maltrato físico:

Abuso económico:

Abuso sexual:

58.1 ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si fue físicamente maltratado?

N/A ☐

☐ Sí

☐ No

☐ Lo desconozco

Detallar:

58.2 ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si fue psicológicamente maltratado? N/A ☐

☐ Sí

☐ No

☐ Lo desconozco

Detallar:

58.3 ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si ha sufrido negligencia? N/A ☐

☐ Sí

☐ No

☐ Lo desconozco

Detallar:

58.4 ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si ha sufrido abuso económico? N/A ☐

☐ Sí

☐ No

☐ Lo desconozco

Detallar:

58.5 ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si ha sufrido abuso sexual? N/A ☐

☐ Sí

☐ No

☐ Lo desconozco

Detallar:

59. ¿Se encuentra la persona mayor en peligro inminente?

☐ Sí

☐ No

☐ No aplicable

60. ¿Necesita o quiere la persona mayor ser derivada para recibir algún tipo de ayuda?

☐ Sí

☐ No

☐ No aplicable

Comentarios adicionales:

Firma del evaluador:

Fecha de finalización de la evaluación escrita (): _____

Duración de la entrevista (horas: minutos):

ANEXO 6

Conclusiones más relevantes de los grupos de discusión realizados con personas mayores y médicos de Atención Primaria

En los grupos de discusión participaron personas mayores, médicos de atención primaria y trabajadores sociales.

Respecto al Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) se concluyó, por un lado, viendo que las personas mayores que participaron en los grupos, a pesar de no presentar deterioro cognitivo, les costaba mucho responder centrándose únicamente en los acontecimientos ocurridos en los últimos 12 meses y en muchas ocasiones sus respuestas hacían referencia a experiencias acontecidas a lo largo de la vida, se decidió incorporar más información para centrar a la persona mayor sobre el período de tiempo al que hacían referencia las preguntas (concretamente en los últimos 12 meses).

Por otro lado, a los médicos les parecía relevante que este cuestionario se acompañara de una guía/manual que explicara adecuadamente el objetivo del instrumento, e incluyera una breve explicación sobre cada una de las preguntas reflejando su intencionalidad, evitando así malas interpretaciones. Y eso es exactamente lo que se ha hecho en este proyecto, se ha elaborado una pequeña guía que incluye la definición y tipos de maltrato bajo los cuales se rige este proyecto, así como las instrucciones para una adecuada aplicación del cuestionario (ver anexos 2 y 3).

Además, decidimos concretar más el ámbito al que hacía referencia el cuestionario, de acuerdo con la opinión de algunos de los médicos de atención primaria que participaron en los grupos focales, de manera que quedase menos abstracta la cuestión de a quién hacían referencia las

preguntas del instrumento (familiares, vecinos, desconocidos, etc.). Por ello, dentro de las preguntas se incluye “alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida)”.

También tanto las personas mayores como los médicos están de acuerdo en que en el cuestionario original existen determinadas palabras cuya modificación podrían mejorar el nivel de comprensión del mismo. Por ejemplo en la segunda pregunta “¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?” consideran que las palabras “impedido” y “obtener” son complejas y sugieren reemplazar “impedido” por “no le han dejado tener, negar, dificultado” que son más sencillas y están más familiarizados con esos términos y “obtener” lo reemplazarían por el verbo “tener o conseguir”. La pregunta queda definitivamente expresada de la siguiente forma “En los últimos 12 meses/ En el último año, ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?”.

También se ha cambiado el orden de la pregunta 5, en la versión original, primero se pregunta por abuso sexual y después por maltrato físico, mientras en la versión definitiva primero se hace referencia al maltrato físico que es más frecuente que el sexual. No se cambia la formulación que hace referencia al abuso sexual, a pesar de que algunos de los médicos lo sugerían, porque se pensó que alguien que hubiera experimentado este tipo de maltrato iba a entender perfectamente la pregunta y mantener así el carácter transnacional de la pregunta.

En el caso de los grupos focales realizados con las personas mayores señalaban otra pregunta en la que se debería hacer cambios en su formulación, la primera “¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?” consideran que la palabra “proporcionar” podría resultar problemática. En la versión final, la pregunta es “En los últimos 12 meses/ En el último año, ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades. Además, en la tercera pregunta se incorpora el adjetivo humillado ya que en los grupos focales señalaban que era un término más sencillo, quedando la pregunta de la siguiente manera “En los últimos 12 meses/ En el último año, ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?

Además, de estos cambios se decidió realizar algún otro más. Por ejemplo, se decidió incorporar la pregunta ¿quién? tras cada una de las respuestas del EASI para conocer qué persona concreta señalaban las personas mayores como posible responsable del maltrato. También se cambió “¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?” por variables categóricas, concretamente, una ocasión, algunas veces, bastantes veces y muchas veces. El objetivo no es saber si se ha producido más de una vez, sino la frecuencia exacta con la que se produce cada tipo de sospecha de maltrato.

Otro de los cambios que se realizó fue incluir una pregunta previa para el profesional con el objetivo de saber si

antes de aplicar el cuestionario ya sospechaba de la posibilidad de maltrato hacia la persona mayor.

Finalmente, se han incluido algunas variables sociodemográficas previas a la aplicación del cuestionario lo que nos permitirá conocer si alguna de ellas se relaciona con la sospecha de alguno/s tipo/s de maltrato.

A pesar de que bajo nuestra perspectiva la pregunta 5 que evalúa maltrato físico y sexual debería ser separada puesto que pensamos que el abuso sexual tiene unas características lo suficientemente específicas como para ser catalogada como entidad independiente del maltrato físico, no se ha separado debido a la intención de mantener la misma disposición del cuestionario original.

En segundo lugar, respecto al Formulario de Evaluación de Trabajo Social (Social Work Evaluation Form) se concluyó:

Respecto a la valoración del formulario propiamente por el grupo de trabajadoras sociales, éstas realizaron una valoración en términos de duración de aplicación, lenguaje utilizado, estructura, estilo y ámbito de aplicación. Con respecto al tiempo que conllevaba la aplicación del formulario coincidieron en que era excesivamente largo (66 minutos) y exhaustivo para aplicarlo en Atención Primaria. Creían que sería más adecuada su aplicación sólo para indagar y profundizar en casos reales de maltrato.

Con respecto al lenguaje utilizado en el formulario, consideraron que su formulación podría conducir a algunos problemas y por ello se realizaron diversas modificaciones. Por ejemplo, señalaban que la traducción del formulario era en

algunos momentos excesivamente literal y contenía palabras y/o expresiones que en castellano tenían un significado algo diferente o muy diferente del que podían tener en el idioma original (el inglés). Esto ocurría por ejemplo en el caso de la palabra “sponsorship” traducida al castellano por “patrocinio” cuando, en este caso, la palabra adecuada al contexto sería “institución”. Corresponde a la pregunta 6 del cuestionario original que en nuestro caso se eliminó por estimar que no era adecuada para la muestra a evaluar.

País de nacimiento: Canadá (poner país de aplicación) [] Otro:

Si procede, ¿está usted bajo patrocinio en este momento? o ¿Está recibiendo alguna ayuda económica/subsidio?

Sí [] No [] No aplicable []

Resistencia a responder []

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál es su relación con el patrocinador? o ¿Cuál es la relación con la institución/organismo que le proporciona esa ayuda?

Si el paciente es originario de otro país, pregúntele acerca de acontecimientos concretos que puedan haber influido en su venida a este país (por ejemplo, holocausto, guerra, etc.):

Las participantes realizan también críticas relativas a la estructura del formulario. Hicieron hincapié en la situación ocupacional de la persona mayor que desde un punto de vista formal no tendría cabida ya que, salvo algunas excepciones, a partir de los 65 años la jubilación en España es obligatoria y no se puede trabajar formalmente. Por lo que se modificó considerablemente esta pregunta.

Por otro lado consideraban que el hecho de preguntar a la persona mayor por cuestiones muy personales que pueden desvelar situaciones problemáticas podían conducir a expectativas irreales. Es decir, podían pensar que al incidir sobre aspectos personales los trabajadores sociales iban a poder ayudarles a solucionar determinados problemas sobre los que en muchas ocasiones el trabajador social no tiene competencia ni medios para intervenir.

En lo que respectaba al estilo en el que estaba formulado dicho formulario concluían que éste tenía un estilo excesivamente directo y negativo que podría resultar adecuado en otros países pero no en España. Se ha mantenido el estilo original y no se ha observado ninguna dificultad al aplicarlo en diferentes comunidades autónomas de España.

Se han realizado otras modificaciones al cuestionario, por ejemplo, se han eliminado diversas preguntas, como el idioma usado durante la entrevista ya que el idioma nacional es el español y es en el que se han realizado las entrevistas, país de nacimiento porque la muestra utilizada es de españoles. En la versión original, en el apartado estado civil, cuando hacen referencia a pareja de hecho diferencian si el sexo de la pareja es distinto o es el mismo lo que se ha eliminado por no ser relevante. También se eliminó el apartado otras relaciones significativas porque se hizo referencia a éstas en otro apartado.